Z Instytutu Dentystycznego Uniwersytetu Jana Kazimierza we Lwowie.
Dyrektor: Prof. Dr. A. Cieszyński.

Prof. Dr. A. CIESZYŃSKI. LWÓW.

O ZAKAŻENIU ROPNEM, ROPOWICACH SZCZĘKOWYCH I ICH LECZENIU. (Ciąg dalszy).

De l'infection putride, des phlegmones périmaxillaires et de leur traitement. (Suite).

Ueber eitrige Infektion, Kieferphlegmonen und deren Behandlung. (Fortsetzung).

Doc. pol. 19,2; 23,70—24,5; 27,1; 50,65; 50,72. Doc. int. 616,002; 576,8; 616,314.17,002.

II. CZĘŚĆ

Warunki anatomiczne. Drogi szerzenia się spraw zapalnych pochodzenia zębowego.

Sprawy zapalne mające swe pochodzenie od zębów albo zostają ograniczone, albo rozszerzają się poza ognisko chorobowe w swe otoczenie zależnie od jadowitości zarazków i oporu stawianego przez otaczającą tkankę.

Wychodząc od ozębnej albo szczytowej, albo okolicy przyzębnej szyjkowej, albo wreszcie od zakażonego woreczka zębowego, przenoszą się one nasamprzód na swe najbliższe otoczenie, na wyrostek zębodołowy. Istota gąbczasta kości szczękowej ulega zniszczeniu na skutek działania osteolitycznych zaczynów, bądźto wytwarzanych przez drobnoustroje same, bądź też przez rozpad leukocytów i innych komórek tkanki. Przeszkodę większą napotyka ropa w istocie zbitej kości, ale i ta ulega w końcu i zostaje częściowo rozpuszczona. Im grubsza jest blaszka zewnętrzna kości, utworzona przez istotę zbitą, tem dłużej trwą proces przebicia się sprawy ropnej na zewnątrz i tem wybitniejsze może być zniszczenie istoty gąbczastej, jak to np. możemy spostrzegać przy przewlekłem zapaleniu szpiku kostnego. Ponieważ przedewszystkiem w szczęce dolnej spotykamy grubszą istotę zbitą i to głównie w okolicy zębów trzonowych, gdzie blaszka kostna dochodzić może do trzech a nawet pięciu milimetrów, przebicie się ropy tamże trwa dłużej a objawy kliniczne są wybitniejsze. Zanim przyjdzie do uszkodzenia i strawienia blaszki kostnej zewnętrznej na szerszej przestrzeni, może ropa przedostać się przez otworki małe, znajdujące się w tejże blaszce (Foramina nutricia), przez które przechodzą drobne odżywcze naczynia.

Ropa przebiwszy się na zewnątrz, dostaje się pod okostnę, która jako tkanka łączna bardziej spoista na działanie protelitycznych zaczynów bardzo jest odporna; często więc przychodzi do utworzenia się ropni podokostnowych, przyczem okostna, tracąc połączenie z powierzchnią kostną, uwypukla się ponad nią, aż wreszcie nastąpi przebicie się przez nią ropy albo pod błonę śluzową albo do okolicznych części miękkich.

Tworzenie się ropnia podokostnego należy do stanów najbardziej bolesnych; ulga następuje wówczas, skoro zapora stworzona przez okostną zostaje usunięta.

Sprawy zapalne wychodzące z kości szczękowej szerzą się drogą naczyń limfatycznych w kierunku okolicznych gruczołów chłonnych, które mogą ulec zropieniu, zanim jeszcze ropa przebije się na zewnątrz poprzez kość szczękową.

O ile przebieg sprawy jest ostry — może wystąpić zapalenie w luźnej tkance łącznej — zanim ognisko w kości dojdzie do większego rozmiaru. Występuje najsamprzód naciek surowiczy, później ropny, niszczący tkankę. Sprawa zapalna posuwa się w kierunku najmniejszego oporu między mięśniami wzdłuż luźnej tkanki łącznej, odgraniczonej bardziej spoistą, powięziami, otaczającemi mięśnie; powięzie tworzą większą — jakkolwiek względną — zaporę. Dlatego dokładna znajomość powięzi ma pierwszorzędne znaczenie dla poznania dróg szerzenia się ropnych nacieków. Sprawę tę rozpatrzymy dokładnie później.

Sprawy ropne rozwinąć się mogą także wśród otoczki powięziowej mięśni, a więc w mięśniu samym.

Na uwagę zasługuje i przebieg zapalenia wzdłuż nerwów wśród pochewki nerwowej, postępujący w kierunku centralnym.

Nakoniec wspomnieć należy o szerzeniu się spraw zapalnych wzdłuż naczyń krwionośnych oraz w naczyniach samych, co powoduje przerzuty daleko odległe.

Rozpatrzmy teraz szczegółowo poszczególne drogi zakażenia.

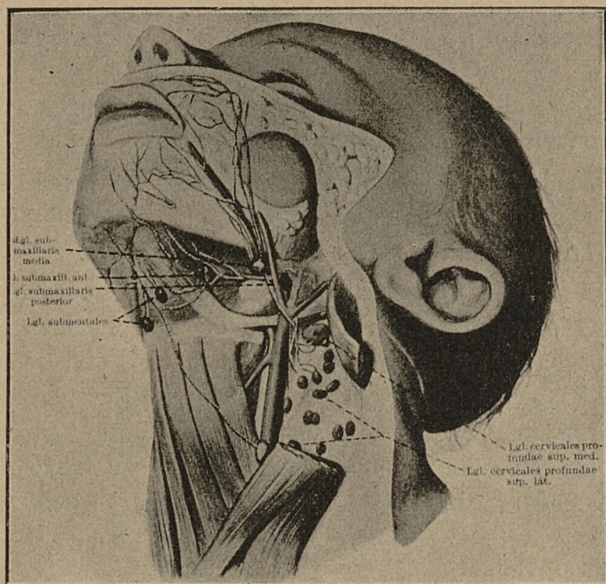
A) Drogi limfatyczne i gruczoły chłonne.

Najczęstszą drogą szerzenia się spraw zapalnych są naczynia limfatyczne, które odprowadzają materjał zakaźny — jady i drobnoustroje — do gruczołów chłonnych, które, służąc niejako za filtr, chronią organizm od dalszego szerzenia się zakażenia. Tam odbywa się unieszkodliwienie drobnoustrojów i ich produktów. Gruczoły chłonne powiększają się, brzękną, stają się bolesne. O ile gruczoły chłonne — jak podszczękowe — leżą w grupach, zlewają się pakietowo, tak, że nie można ich wyraźnie od siebie odgraniczyć dotykiem. Odpływ limfy z okolicy siecznych dolnych zębów następuje zazwyczaj do gruczołów podbródkowych, od wszystkich innych zaś zębów do gruczołów podszczękowych. *Ryc. 1.*

Gruczoły podbródkowe (Lgl. submentales) leżą w okolicy nad kością gnykową, a więc między przednią częścią mięśnia dwubrzuścowego a kością gnykową. Rozróżniamy górne i dolne gruczoły podbródkowe: górne tuż pod brodą, dolne w pobliżu kości gnykowej. Górne gruczoły

nie występują stale. Do tychże gruczołów spływa także limfa z wargi dolnej i przedniego odcinka języka.

Gruczoły podżuchwowe zwane także podszczękowemi (L g l. s u b m a n d i b u l a r e s v e l s u b m a x i l l a r e s) tworzą większą grupę i leżą w trójkącie podżuchwowym (Trigonum submandibulare), utworzonym przez oba brzuszki mięśnia dwubrzuścowego i przez krawędź żuchwy. Można za-



Ryc. 1. Naczynia chłonne i gruczoły chłonne głowy i szyi. (Według Baltersa).

zwyczaj odróżnić: L g l. m a n d i b u l a r i s a n t e r i o r, m e d i a i p o s t e r i o r. Zamiast jednego można spotkać grupę, złożoną z kilku mniejszych gruczołów.

Gruczoł przedni leży w pobliżu przedniej części m. dwubrzuścowego w pobliżu żyły podbródkowej, środkowa grupa gruczołów podżuchwowych leży tuż w pobliżu A. maxillaris externa i przedniego brzegu ślinianki podszczękowej (Gl. submaxillaris). Tylny gruczoł chłonny podżuchwowy, reprezentowany również często przez kilka mniejszych, leży zazwyczaj obok i za przednią żyłą twarzową (V. facialis ant.) a więc w tylnym kącie trójkąta podżuchwowego. Do tychże gruczołów wpływa limfa z okolicy warg, nosa zewnętrznego, policzków i części powiek, z przeważnej części jamy ustnej: dziąseł, języka, dna jamy ustnej, błony śluzowej policzków i — jak już wspomniałem — z szczęki górnej i dolnej. Od gruczołów chłonnych podszczękowych odpływa limfa dalej do gruczołów chłonnych szyjnych.

Wspomnieć jeszcze należy, że do grupy gruczołów chłonnych podżuchwowych należą także gruczoły — jeden lub więcej — znajdujące się w torebce ślinianki podszczękowej (Lgl. paramandibulares). Skoro te gruczoły chłonne obrzękną, łatwo można przypuścić, że mamy do czynienia z obrzękiem ślinianki podszczękowej samej. Gruczoły chłonne przyżuchwowe otrzymują dopływ limfy z języka, warg i ślinianki samej. Odpływ limfy z gruczołów przyżuchwowych odbywa się prawdopobnie do gruczołów chłonnych podżuchwowych i szyjnych.

Odpływ limfy z małżowiny usznej i pobliżej położonych części skóry głowy następuje do Lgl. auriculares anteriores et posteriores a stamtąd do Lymphoglandulae parotideae. Do tychże odpływa przedewszystkiem limfa z przedniej i dolnej części gruczołu przyusznego.

Od tylnego płata gruczołu przyusznego odpływa limfa do Lgl. cervicales profundae superiores.

Niekiedy spotykamy też gruczoły chłonne z przedniej i bocznej strony twarzy, które zależnie od ich umiejscowienia nazywamy Lgl. infraorbitalis, buccinatoriae i supramandibulares.

Gruczoły policzkowe leżą albo w pobliżu kąta szpary ustnej, albo bardziej ku tyłowi przed przednim brzegiem mięśnia żwacza. Gruczoły nadżuchwowe spotyka się niekiedy między A. maxillaris ext. i V. facialis anterior w pobliżu krawędzi żuchwy. Gruczoły powyżej wspomniane odprowadzają przeważnie limfję z warstw powierzchownych, gdyż są włączone w powierzchowne krążenie limfy, mogą jednak obrzęknąć także przy sprawach zapalnych, wychodzących z kości szczękowej górnej i zębów górnych.

Niekiedy spotykamy także gruczoły chłonne językowe na mięśniu gnykowo-językowym.

Gruczoły chłonne szyjne powierzchowne (Lgl. cervicales superficiales) leżą w kącie między krawędzią żuchwy a przednim brzegiem mięśnia mostkowo-obojczykowo-sutkowego tuż pod powierzchowną powięzią.

Głębokie zaś szyjne gruczoły chłonne leżą w pobliżu V. jug. intern. pod m. sterno-cleido-mastoideus.

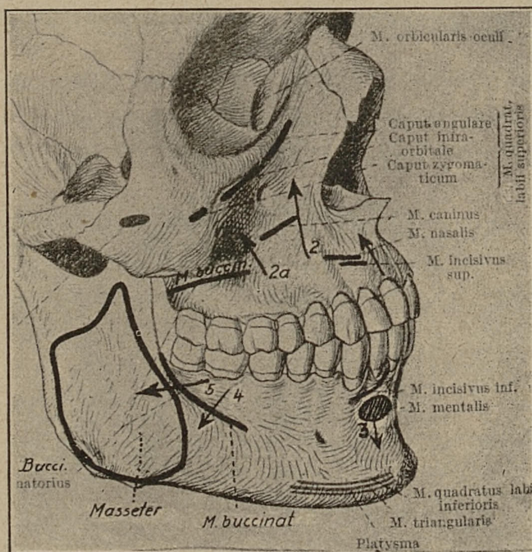
Gruczoły chłonne przygardłowe (Lgl. retropharngeae) leżą na bocznej stronie gardła, mniejwięcej na wysokości 1-go kręgu.

Odpływ limfy z podniebienia i w pobliżu położonego dziąsła następuje przez boczną ścianę gardła do głębokich szyjnych gruczołów.

B) Wpływ układu mięśni na szerzenie się spraw zapalnych.

Skoro sprawa ropna przebije się przez kość szczękową a ropa nie znajdzie odpływu bezpośrednio do przedsionka jamy ustnej, może rozszerzyć się albo w okolicy tkanki łącznej, albo — jeżeli to następuje przy osadzie mięśnia — obiera kierunek wzdłuż niego samego.

W szczęce górnej zasługuje na uwagę przebicie się ropy powyżej mięśnia policzkowego (m. buccinatorius) oraz powyżej m. caninus i m. incisivus (Droga 1. w *Ryc. 2.*) Nacieki ropne wychodzące od kła i dwuguzkowców górnych obierają kierunek obok przyczepu m. kłowego i tworzą obrzęk sięgający aż do dolnej powieki a obejmujący okolicę podoczodołową (Droga *2* i *2* a w *Ryc. 2* i *Ryc. 3*). Naciek ropny powyżej przedsionka w okolicy nosowej powoduje ryjkowate wystąpienie wargi górnej; spotykamy to przy sprawach wychodzących od zębów siecznych o długich korzeniach przy równoczesnym niskim przedsionku. (*Ryc. 4.*)



Ryc. 2. Przyczepy mimicznych mięśni twarzy oraz m. policzkowego. Strzałki wrysowane wskazują drogi szerzenia się nacieków ropnych i kierunki przetok. Zużyto rycinę z Tandlera i Sichera.

Naciek od zębów s i e c z n y c h d o l n y c h może się analogicznie rozszerzyć pod przyczep m. incisiv. inf. i m. mentalis, przyczem występuje obrzęk najpierw powyżej krawędzi, a później i okolicy podbródkowej. O ile ropa utoruje sobie drogę na zewnątrz, występuje przetoka bródkowa, wychodząca przeważnie od ognisk wkoło zębów dolnych siecznych. (*Ryc. 5.*)

Skoro przebije się ropa w okolicy t r z o n o w c ó w d o l n y c h i przyjdzie do ropnia podokostnego, może on sam się przebić poniżej przyczepu mięśnia policzkowego (4 w Ryc. 2) lub pod przyczep m. żwacza i wśród pochewki powięziowej tegoż mięśnia postępować w górę (Droga 5 w Ryc. 2). Tę drogę ostatnią może obrać naciek ropny także po przecięciu ropnia pod-





Ryc. 3. Ryc. 4. Ryc. 5.

Ryc. 3. Obrzęk podoczołowy, pochodzący od 5|, obrał drogę *2 a.* *Ryc. 4.* Obrzęk wargi górnej od |1 — *Ryc. 5.* Przetoka bródkowa i obrzęk od 1|





Ryc. 6. Ryc. 7. Ryc. 8.

Ryc. 6. Obrzęk od |6. *Ryc.* 7. Zimny ropień podskórny od dośrodkowego korzenia |6 — *Ryc. 8.* Obrzęk i ropień podskórny z przetoką od 6|.

okostnego w okolicy przedsionka w pobliżu 2-go i 3-go trzonowca dolnego, o ile zabieg operacyjny nie powstrzyma przebiegu sprawy. Obrzęk powstający w tejże okolicy przedstawia *ryc. 6.* a *ryc. 8.* przetokę powstałą po przebiciu się ropnia tejże okolicy na zewnątrz.

Z okolicy pozatrzonowcowej dolnej łatwo może sprawa zapalna przejść także na mięsień skroniowy. Niekiedy spotykamy bowiem głębokie osadzenie się przyczepu tegoż mięśnia w okolicy retromolarnej. (Ryc. 33.) Oddzielenie głębokiej warstwy m. żwacza od m. skroniowego jest przeważnie tylko sztucznie możliwe. Ropień postępujący wzdłuż żwacza może przejść więc i na m. skroniowy i postępować ku górze; tak samo jest i możliwe, że naciek

ropny, wychodzący z m. skroniowego może się opuścić w dół w okolicę m. żwacza. Inna droga od m. żwacza prowadzi na zewnątrz i ku górze do okolicy gruczołu przyusznego. Zazwyczaj jednak przebicie ropnia, tworzącego się wewnątrz w mięśniu skroniowym, nie następuje ku stronie zewnętrznej tylko pomiędzy powięziami, o czem pomówimy później.

Na uwagę zasługuje jeszcze ropień podokostnowy w okolicy zęba dolnego mądrości, wychodzący najczęściej z zakażonego woreczka zęba mądrości, a rozwijający się pod przyczepem m. żwacza. O ile naciek ropny nie obierze drogi ku tyłowi do przestrzeni skrzydłowato-żuchwowej postępuje wzdłuż przedsionka ku przodowi, przebija się w okolicy pierwszego trzonowego zęba, tworząc tutaj wylot przetoki.

C) Anatomja dna jamy ustnej i okolicznych przestrzeni łącznotkankowych.

Podział przestrzeni łącznotkankowych.

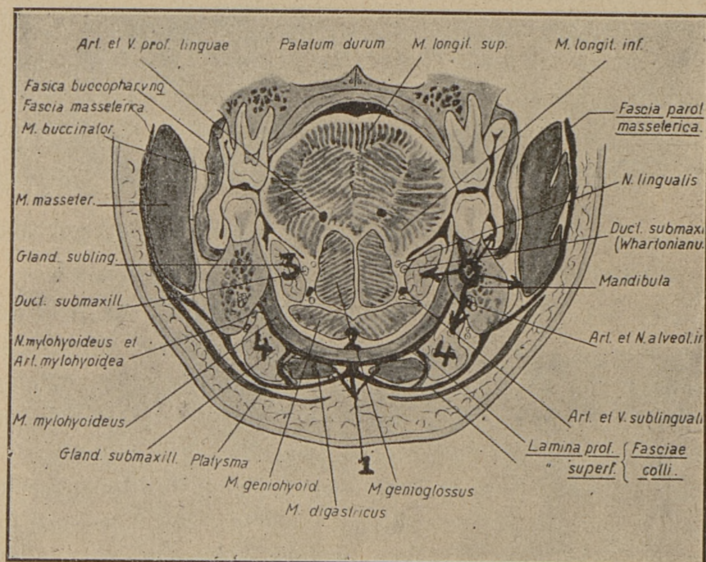
Ropowice wychodzące od spraw zapalnych w żuchwie szerzą się w kierunku najmniejszego oporu, przeważnie między mięśniami, pokrytemi odporniejszą na zaczyny protelityczne tkanką łączną, między powięziami, dzielącemi grupy mięśni, gruczoły i kość. Szerzyć się one mogą także i wzdłuż naczyń, również otoczonych otoczką łącznotkankową. Okolice te stanowią przestrzenie w sobie odgraniczone lub łączące się z sobą, tak że nacieki ropne z jednej przestrzeni posuwać się mogą ku drugiej. Idąc za prawem ciężkości opadają także nacieki ropne w dół między powięziami, tworząc ropnie opadowe.

Rozróżniamy w pobliżu szczęki dolnej i szyi następujące przestrzenie: (*Ryc.* 9, 22, 23, 29).

1. *Przestrzeń podbródkową — Spatium submentale.*
2. „ *między mięśniami dna języka — Spatium basale inter musculare linguae.*
3. „ *podjęzykową — Spatium sublinguale*
4. „ *podżuchową — Spatium submandibulare.*
5. „ *przygardłową a) przednią — Spatium parapharyngeum anticum.*
   „ *przygardłową boczną lub przest. przyusznicową (b) — Spatium parotideum.*
   „ *przygardłową c) tylną — Spatium parapharyngeum posticum.*
6. „ *zagardłową — Spatium retropharyngeum.*
7. „ *między mięśniami skrzydłowatemi a gałęzią wstępującą żuchwy — Spatium pterygo-mandibulare.*
8. „ *podskroniową — Spatium infratemporale (podczaszkową).*
9. „ *skroniową — Spatium temporale.*
10. „ *policzkową — Spatium buccale.*

Dokładna znajomość topografji tychże przestrzeni jest konieczna dla zrozumienia dróg, które obierają sprawy ropne, wychodzące od szczęk i w nich znajdujących się zębów.

1. Przestrzeń podbródkowa—Spatium submentale. *Ryc. 9, 10—1*).



Ryc. 9. Przekrój głowy w okolicy 1-go zęba trzonowego.
Zaznaczone są powięzie: Fascia parotideo-masseterica; Lamina superf. et prof. F. colli; F. buccopharyngea.
Między powięziami: 1. Przestrzeń podbródkowa — Sp. submentale.
2. „ między mięśniami dna języka — Sp. basale intermusculare linguae.
3. „ podjęzykowa – Sp. sublinguale.
4. „ podżuchwowa — Sp. submandibulare.
Strzałki po prawej str. ryciny wskazują drogi szerzenia się ropni. wychodzących od szczytu korzeni 1-go zęba trzonowego. (Zużyto rycinę z Corninga).

Przestrzeń podbródkowa jest bardzo wąska i leży pomiędzy powięzią powierzchowną szyjną (Fascia colli — lamina superfic.) i na niej przebiegającym mięśniem skórnym (Platysma) a ku górze — mięśniem żuchwowo-gnykowym (m. mylohyoideus); odgraniczona ona jest z boku przez przednie brzuszki mięśni dwubrzuśćcowych, z góry przez krawędź żuchwy, z dołu przez kość gnykową. Mięsień żuchwowo-gnykowy pokryty jest na zewnątrz blaszką głęboką powięzi szyjnej (Lamina profunda fasciae colli), która łączy się z blaszką powierzchowną po obu stronach mięśnia dwubrzuśćcowego.

W linji środkowej zbliżają się do siebie obie blaszki powięzi szyjnej połączone ze sobą luźną tkanką łączną. Wzdłuż mięśni dwubrzuścowych przebiegają naczynia chłonne od brody i środkowej części wargi dolnej, oraz od przednich dolnych zębów; tamże leżą też gruczoły chłonne podbródkowe (Ryc. 1) w obfitej tkance tłuszczowej.

Zakażenie tejże okolicy wyjść może albo od spraw zapalnych ozębnej dolnych zębów siecznych, albo też od spraw zapalnych żuchwy tegoż odcinka na tle osteomyelitis, albo też od owrzodzeń wargi dolnej. Zakażenie szerzy się drogą naczyń limfatycznych, dochodzi do gruczołów podbródkowych, które ulec mogą zropieniu. Obrzęki surowicze tejże okolicy, przechodząc w stan ropny powodują obumarcie tkanki tłuszczowej i luźnej tkanki łącznej. Przebieg może być albo przewlekły, albo ostry. Przewlekłe objawy tejże okolicy spotykamy przy przewlekłych stanach wkołoszczytowych zębów siecznych; gruczoły chłonne podbródkowe są wówczas wyczuwalne, zaledwie cokolwiek bolesne i odgraniczone. Obrzęk tejże okolicy występuje wybitny, skoro przewlekłe sprawy okolicy wkołoszczytowej zębów przechodzą w stan ostry, gdy utworzy się ropień wkołoszczytowy, a drogą otworków odżywczych, znajdujących się na powierzchni podbródkowej, przedostanie się na zewnątrz, lub gdy zakażenie postępuje drogą naczyń limfatycznych. Podobne objawy występują, gdy w przednim odcinku trzonu żuchwy zlokalizuje się zapalenie szpiku kostnego, nawet gdy miazgi zębów siecznych dolnych wykazują żywotność, a tylko na skutek urazu albo też leczenia miazgi lub jej zatrucia arszenikiem i mechanicznych manipulacyj podczas ekstyrpacji tejże utworzy się w okolicy wkołoszczytowej miejsce mniejszej odporności, stanowiące podatne podłoże do osiedlenia się krążących we krwi drobnoustrojów. — Ropnie tejże okolicy powstać także mogą przy skomplikowanych złamaniach żuchwy w przednim odcinku w pobliżu linji środkowej na skutek zakażenia.

Pozostawione sobie nacieki ropne przebić się mogą na zewnątrz, tworząc przetokę bródkową (Ryc. 5). Sprawa kończy się w ten sposób najczęściej przy zakażeniach o przebiegu przewlekłym.

Występując zaś z objawami ostremi, przedostaje się naciek ropny albo do sąsiedniej przestrzeni podżuchwowej (Ryc. 9 (4), szerząc się w bok i ku tyłowi, albo też ku górze do przestrzeni podjęzykowej (Ryc. 9 (3). Ku dołowi istnieje odgraniczenie tejże przestrzeni przez kość gnykową. do której przyczepia się zewnętrzna blaszka powięzi szyjnej, tak samo i wewnętrzna, pokrywająca mięsień żuchwowo-gnykowy.

2. Przestrzeń między mięśniami dna języka — Spatium basale, intramusculare linguae. Ryc. 9 (2).

Przestrzeń ta leży w jamie ustnej ponad mięśniem żuchwowo-gnykowym i odgraniczona jest z boku po obydwu stronach przez mięsień

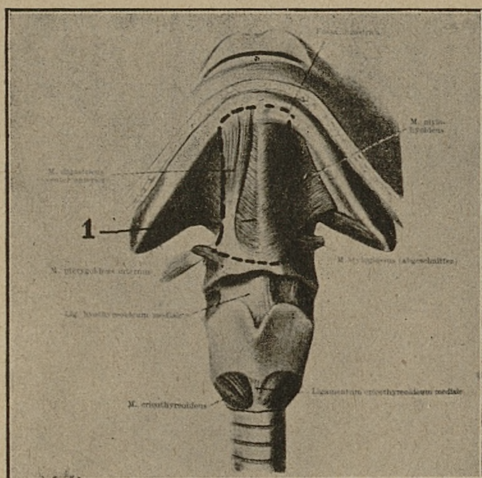
bródkowo-językowy (m. genioglossus) i m. bródkowo-gnykowy (m. geniohyoideus), z przodu przez krawędź wewnętrzną żuchwy, od dołu przez kość gnykową. Ropień tejże okolicy lokalizuje się między mięśniem bródkowo-gnykowym i bródkowo-językowym i występuje na skutek zakażenia, które wyszło w pobliżu linji środkowej od zębów dolnych siecznych. Przy większych naciekach tejże okolicy i ostrym przebiegu sprawy przebić się może w bok ku obu stronom do przestrzeni podjęzykowej. Ryc. 9 — (3).

3. Przestrzeń podjęzykowa — Spatium sublinguale. Ryc. 9 — (3).

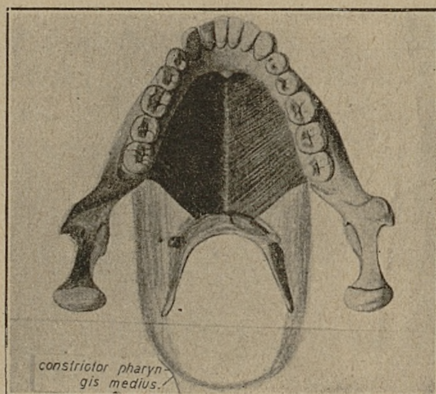
Przestrzeń podjęzykowa znajduje się w jamie ustnej z boku i powyżej opisanej przestrzeni, a więc także powyżej mięśnia żuchwowo-gnykowego, od zewnątrz odgraniczona wewnętrzną ścianą trzonu żuchwy, ku środkowi mięśniami języka (m. genioglossus), ku górze błoną śluzową dna jamy ustnej. Granica dośrodkowa nie jest wyraźnie zaznaczona. Również od tyłu niema wyraźnych granic, przechodzi bowiem za tylnym brzegiem m. żuchwowo-gnykowego w przestrzeń podżuchwową. Ryc. 16 i ryc. 14. Nieścisłe odgraniczenie ku środkowi i ku tyłowi tejże przestrzeni tłumaczy szerzenie się nacieków do okolic sąsiednich.

Przestrzeń podjęzykowa wypełniona jest gruczołami ślinowemi podjęzykowemi (gl. salivales sublinguales), przewodem Whartona ślinianki, luźną tkanką łączną i gruczołami limfatycznemi podjęzykowemi. (*Ryc. 12*). Przechodzi tamże również n. lingualis, n. hypoglossus i art. sublingualis.

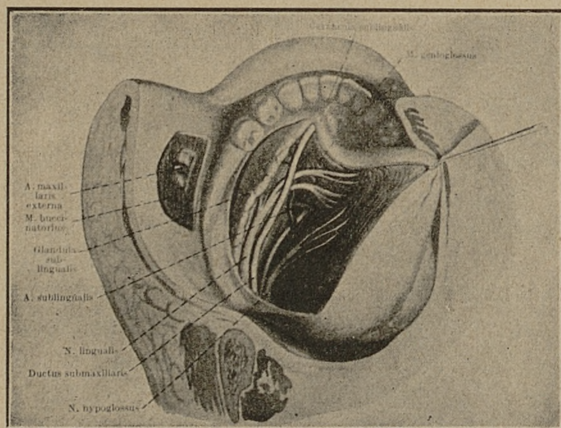
Zakażenie może powstać od ślinianki samej przy kamieniach ślinowych lub wskutek obrażenia błony śluzowej dna jamy ustnej ością; zakażenia te występują jednak rzadko; najczęściej jednak sprawy ropne spowodowane są zakażeniem wychodzącem od zębów kła i przedtrzonowców i zęba pierwszego trzonowego dolnego, o ile się przebijają w kierunku lingualnym sprawy ropne, wychodzące od szczytów korzeni tychże zębów. *(Ryc. 13)*. Spostrzegałem także jeden przypadek zakażenia igłą injekcyjną po wstrzyknięciu środka znieczulającego w błonę śluzową po stronie językowej zęba przedtrzonowego. Ségnieurin opisuje przypadek ropowicy, która wyszła od zęba drugiego trzonowego i zajęła przestrzeń podjęzykową a następnie podżuchwową. Zakażenie tejże okolicy może nastąpić także po dokonanej ekstrakcji zębów wspomnianych z głęboką resekcją blaszki kostnej. Proell opisuje przypadek z zejściem śmiertelnem po przebiciu się ropy szerokim otworem przez blaszkę kostną a wychodzącej od 1-go zęba trzonowego. Także powikłane złamanie żuchwy w tejże okolicy prowadzi do zakażenia przestrzeni podjęzykowej, najczęściej w połączeniu z przestrzenią podżuchwową.



Ryc. 10. Mięśnie dna j. ustnej. widziane z przodu i od dołu. Lewy m. dwubrzuśćcowy jest odpreparowany. Pole otoczone linją kreskowaną przedstawia przestrzeń podbródkową.



Ryc. 11. M. żuchwowo-gnykowy widziany z góry. Dorysowano schematycznie przyczepiający się za tylnym brzegiem m. żuch.-gnyk. mięsień zwierający gardło.



Ryc. 12. Okolica podjęzykowa odpreparowana od j. ustnej.
Ryc. 10—12. wzięte są z Tandlera i Sichera.

4. P r z e s t r z e ń p o d ż u c h w o w a. — S p a t i u m s u b m a n d i b u l a r e. Rys. 9, 13, 15, 16.

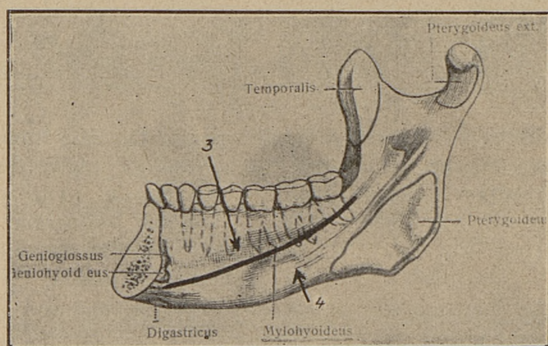
Ropnie wychodzące od tylnego odcinka trzonu żuchwy przebijają się przeważnie ku stronie językowej poniżej linji żuchwowo-gnykowej do przestrzeni poniżej mięśnia żuchwowo-gnykowego.

Przestrzeń ta odgraniczona jest ku górze powięzią głęboko-szyjną, która pokrywa mięsień żuchwowo-gnykowy, od dołu zaś i na zewnątrz powierzchowną powięzią szyjną, która odchodząc od kości gnykowej przyczepia się na krawędzi żuchwy. Ryc. 9.

Okolicę tę zwiemy przestrzenią podżuchwową.

W piśmiennictwie niemieckiem nazywają ją „Submaxillare Loge", w francuskiem „éspace soumaxillaire".

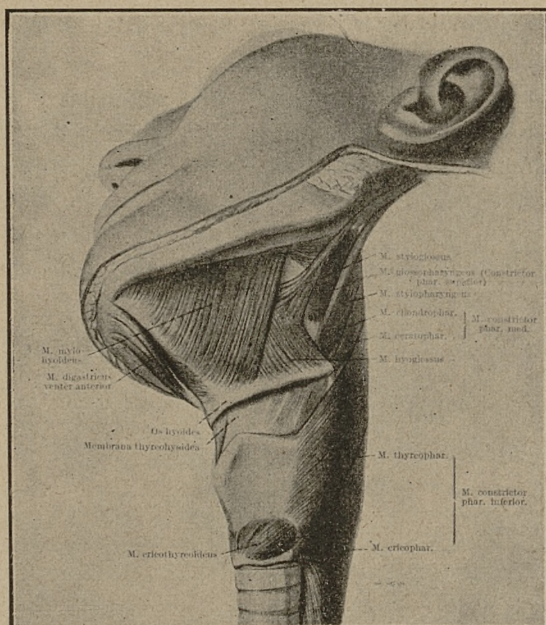
Przestrzeń ta wypełniona jest luźną tkanką, w której leży gruczoł ślinowy podszczękowy i gruczoły limfatyczne podszczękowe. Ryc. 15 i ryc. 1. Decydujący wpływ na zachowanie się w tejże przestrzeni two-



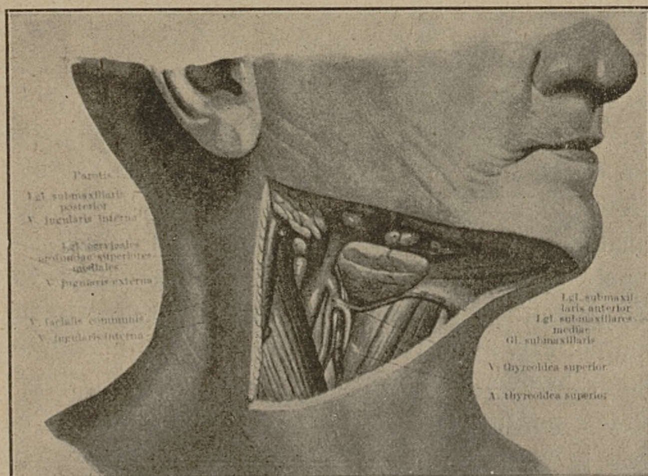
Ryc. 13. Przyczep m. żuchwowo-gnykowego. Powyżej linji przyczepu przestrzeń podjęzykowa (3), poniżej przestrzeń podżuchwowa. Uwidoczniony jest stosunek szczytów korzeni zębów do linji żuchw.-gn.

rzących się nacieków ropnych ma anatomiczny układ m. żuchwowo-gnykowego (Ryc. 11), który tworzy dno jamy ustnej (Diaphragma oris). Mięsień ten przyczepia się wzdłuż linji żuchwowo-gnykowej (Ryc. 11 i 13), tworzącej występującą listewkę po stronie wewnętrznej trzonu żuchwy, a która przebiega od zęba mądrości ukośnie w dół aż do okolicy bródkowej. Od dołu przyczepia się mięsień ten do kości gnykowej, która przeszkadza dalszemu postępowaniu w dół naciekom ropnym. Ryc. 10 i 14.

Mięsień żuchwowo-gnykowy tworzy więc odgraniczającą przeponę między okolicą podżuchwową a powyżej położoną okolicą podjęzykową. Odgraniczenie to nie jest jednak zupełne, gdyż tylny brzeg tegoż mięśnia kończy się w okolicy trzeciego trzonowca, gdzie istnieje połączenie między przestrzenią podżuchwową a przestrzenią podjęzykową, utworzone przez przebieg m. rylcowo-językowego (m. styloglossus) i m. gnykowo-językowego (m. hyoglosssus) (Ryc. 14). Mięśnie te tworzą połączenie języka z kością gnykową. Przejście z przestrzeni dolnej do górnej jest wy-



Ryc. 14. Mięśnie gardła i kości gnykowej po odpreparowaniu m. dwubrzuśćcowego i m. rylcowo-gnykowego.



Ryc. 15. Trójkąt podżuchwowy. (Trigonum submaxillare).

Ryc. 14. i 15. wzięte są z Tandlera i Sichera.

pełnione luźną tkanką i gruczołem ślinowym podszczękowym i stanowi niejako wylot ku tyłowi dla nacieków ropnych, tworzących się w przestrzeni dolnej: podżuchwowej. (Ryc. 16).

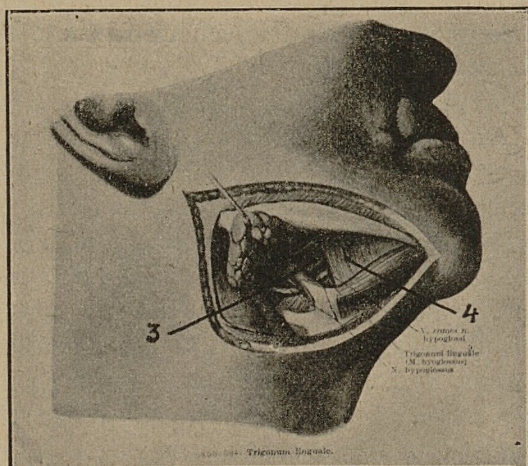
Przepona ustna nie jest równomiernie odporną. Możemy ją podzielić na trzy odcinki: Najodporniejszy środkowy, gdzie ponad m. żuchwowo-gnykowym przebiega m. bródkowo-językowy (m. geniohyoideus) (Ryc. 9), a pod nim przednia część m. dwubrzuścowego (m. digastricus), następnie na boczną część przednią, utworzoną tylko przez m. żuchwowo-gnykowy, w końcu na tylne boczne odcinki, wolne od mięśnia, za tylnym

Ryc. 16. Przekrój czołowy (dorning) ze zębami trzonowemi tuż przy tylnym brzegu m. żuchwowo-gnykowego. Widoczna jest komunikacja między przestrzenią podżuchwową (4), a przekątnią podjęzykową (3).

brzegiem mięśnia żuchwowo-gnykowego. (Ryc. 11). W tychże odcinkach najmniej odpornych, tworzy dno jamy ustnej tylko błona śluzowa. W ten sposób rozróżnić też możemy dwie główne części przepony — pierwszą przednią, wzmocnioną przez podłoże mięśni i tylną wolną od mięśni.

Ten anatomiczny układ ma wielkie znaczenie na przebieg nacieków ropnych. Ropnie przebijające się powyżej mięśnia żuchwowo-językowego dostają się do przestrzeni podjęzykowej, później do przestrzeni podżuchwowej, tak samo jak i te, które rozwijają się w okolicy przedtrzonowcowej za brzegiem m. żuchwowo-gnykowego.

Przestrzeń podżuchwowa widziana z boku tworzy po odpreparowaniu powięzi powierzchownej szyjnej trójkąt podżuchwowy (trigonum submandibulare — Ryc. 15), który w dolnej części z przodu i z tyłu odgraniczony jest m. dwubrzuścowym, od góry zaś dolną krawędzią żuchwy. W trójkącie tym znajduje się ślinianka podszczękowa i gruczoły limfatyczne podszczękowe.



Ryc. 17. Trójkąt językowy (Trigonum linguale) widoczny za tylnym brzegiem m. żuchwowo-gnykowego. 3. Wylot z przestrzeni podjęzykowej. — 4. Przestrzeń podżuchwowa.



Ryc. 18. Trójkąt wielkich naczyń.
Ryc. 17. i 18. wzięte są z Tandlera i Sichera.

Okolica podżuchwowa ma szczególne znaczenie dla spraw ropnych, które wychodzą od dolnego zęba mądrości i biorą przebieg w odcinku tylnym dna jamy ustnej, za tylnym brzegiem m. żuchwowo-gnykowego. Dlatego też sprawa ropna obierająca tamże swój przebieg po wewnętrz-

nej stronie żuchwy, nie odgrywa się już właściwie w jamie ustnej, tylko odrazu w tkance łącznej szyi. Ze względu na ważność sprawy opiszę tę okolicę jeszcze dokładniej.

Patrząc na preparat anatomiczny gardła z tyłu (Ryc. 19), widzimy, że okolica ta po stronie swej bocznej odgraniczona jest gałęzią wstępującą żuchwy i do niej przyczepiającym się mięśniem skrzydłowatym wewnętrznym (m. pteryg. int.), dośrodkowo zaś ku górze postępującym m. gnykowo-językowym (m. hyoglossus) i splotem z m. rylcowo-językowego (m. styloglossus) i tylnego brzuszka m. dwubrzuśćcowego. Ryc. 20. — Górne odgraniczenie tworzy cienka błona śluzowa dna jamy ustnej. Ku przodowi luźna tkanka łączna przechodzi w luźną podśluzową tkankę m. żuchwowo-gnykowego, ku tyłowi zaś, towarzysząc n. językowemu, wznosi się ku górze, przechodząc w przestrzeń skrzydłowato żuchwową (Spatium pterygo-mandibulare (Ryc. 20), a stamtąd prowadzi do przestrzeni przygardłowej (Spatium parapharyngeum (Ryc. 21) ,a ku górze do zagłębienia podskroniowego Fossa infra-temporalis) (Ryc. 20, 29 przez 7 do 8).

Odgraniczenie ku wewnątrz, t. j. dośrodkowo tejże przestrzeni stanowi m. styloglossus i m. hyoglossus, ku dołowi zaś zewnętrzna ściana mięśni gardłowych (Ryc. 20).

Z tych wzajemnych stosunków wypływają najróżniejsze komplikacje, z któremi się spotykamy przy naciekach ropnych tejże okolicy, a dokładne rozpoznanie, w którym to odcinku naciek obiera drogę, nie jest łatwe.

Pamiętać więc o tem należy, że istnieją następujące połączenia Spatium submandibulare (4) ze sąsiedniemi
a) ku górze ze Spatium sublinguale (3) Ryc. 16.
b) ku górze i ku tyłowi ze Spatium pterygo-mandibulare (7) Ryc. 20 i 21.
c) ze Spatium parapharyngeum (5) Ryc. 21.
d) ze Spatium infratemporale (8) Ryc. 20.
w dół:
e) do trigonum caroticum Ryc. 18.
f) do wśródpiersia przez Spatium parapharyngeum (Ryc. 21 M).

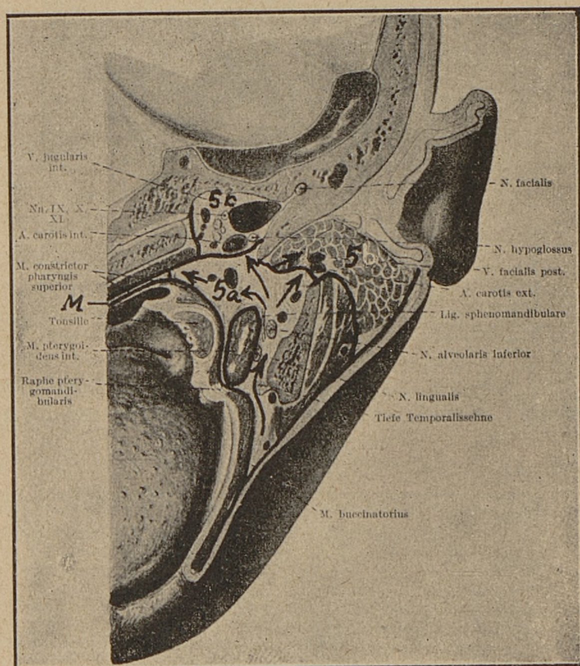
Jeżeli na zwłokach wstrzykniemy w tę okolicę ciecz, kość gnykowa i przyczepy mięśni gnykowych powstrzymują dalsze jej rozprzestrzenianie się, a przestrzeń cała wypełnia się i brzęknie. Przy większem ciśnieniu rozszerza się naciek w kierunku okolicy naczyń szyjnych, postępując za żyłą twarzową, w kierunku zaś gardła (7) przez otwór tylny między gałęzią wstępującą żuchwy a m. skrzydłowatym, a w kierunku bruzdy zębodołowo-językowej przez otwór górny wzdłuż wylotu Whartona (3) lub też szerzy się wśród włókien mięśnia żuchwowo-gnykowego (według Poulsena).

Ryc. 19.* Mięśnie gardła widziane z tyłu. Po lewej stronie usunięto mięśnie zwierające gardło, ażeby uwidocznić mięśnie podłużne.

Ryc. 20.* Mięśnie gardła i języka widziane z prawej strony.
Warstwa powierzchowna. 4. Przestrzeń podżuchwowa.
5. " skrzydłowato-żuchwowa.
7. " przygardłowa.
8. " podskroniowa.

*) Według Tandlera i Sichera.

Ropnie tejże okolicy skierowują się prawie wyłącznie w kierunku skóry poprzez powięź szyjną zewnętrzną i m. podskórny szyi (platysma); spostrzegano także ropnie, obierające kierunek ku gardłu (5), lub też ku dnu jamy ustnej w okolicę podjęzycza (3), a w dwu przypadkach opadające do wśródpiersia (M) wzdłuż wielkich naczyń (Charpy[1]).



Ryc. 21. Przekrój poziomy przez głowę $^3/_4$ cm powyżej powierzchni trącej zębów trzonowych dolnych i równolegle do niej poprowadzony przy szeroko rozwartych ustach.
4. Komunikacja z przestrzenią podżuchwową. Strzałka prowadzi do przestrzeni skrzydłowato-żuchwowej a przez nią do przestrzeni przygardłowej (5 a, 5 b, 5 c).

Bezold wykazał, że płyn wstrzyknięty w poprzek bruzdy wyrostka sutkowego (proc. mastoideus) przy mięśniu dwubrzuśćcowym obrał drogę pochewki mięśnia dwubrzuśćcowego (5), a przez nią dostał się do okolicy podżuchwowej aż do brody. Obserwacja ostatnia wskazuje na to, że i droga odwrotna jest możliwa.

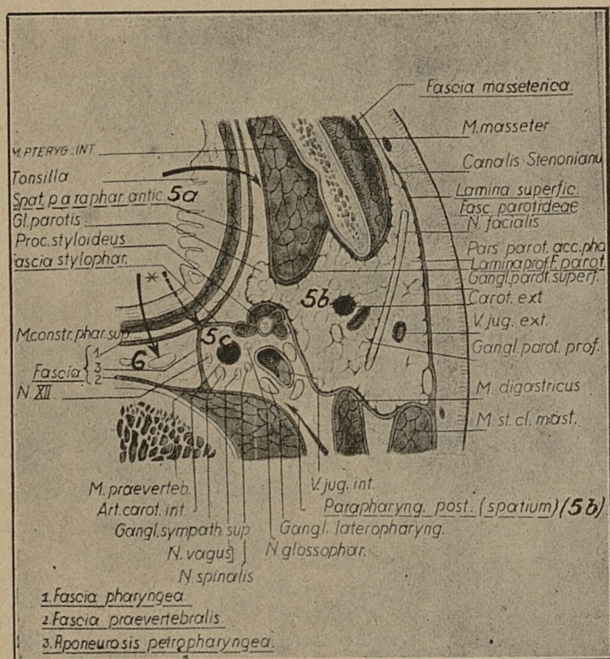
5. Przestrzeń przygardłowa. — Spatium parapharyngeum. Ryc. 21, 22 i 23.

---

[1]) Poirier-Charpy: Traité d' Anatomie humaine II. 1912, p. 266.

Do przestrzeni przygardłowej dostają się nacieki ropne — jak już wspomnieliśmy w poprzednim rozdziale — z przestrzeni podżuchwowej przez przestrzeń żuchwowo-skrzydłowatą (Ryc. 21).

Ryc. 22 i 23 Nr. 5 a, 5 b, 5 c: Przestrzeń przygardłową = Spatium parapharyngeum — Corning = Spatium pharyngo-maxillare-Zuckerkandl — podzielić możemy na trzy części:



Ryc. 22. Przekrój schematyczny przez głowę na wysokości migdałków. (Przerysowane z poprawionym mianownictwem z Testut Jacob'a.
Przestrzeń przygardłowa (5a+5b+5c)

1) przednią Spatium parapharyng. anticum (5 a) między m. zwierającym gardło a mięśniami skrzydłowatemi i żuchwą, (w piśmiennictwie francuskiem: Spatium lateropharyngeum anticum);

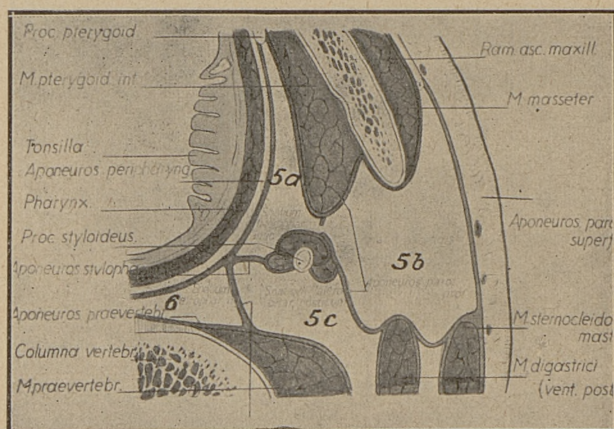
2) boczną, czyli przyusznicową, Spatium parotideum (5 b); w tejże przestrzeni leży ślinianka przyusznicowa wraz ze swoim wylotem; ductus Stenonianus, Art. carotis ext. i Vena jugularis ext.;

3) tylną, Spatium parapharyngeum posticum (5 c), w której leży Art. carotis int., Ven. jugularis interna, N. glossopharyngeus (IX), N. vagus (X), N. accessorius (XI), N. spinalis.

Odgraniczenie przestrzeni przygardłowej w głównych zarysach jest następujące: medjalnie: Musc. constrictor pharyng. — lateralnie: Fascia parotidea — od przodu; Musculi pterygoidei, Ramus ascendens mandibulae, M. masseter — od tyłu: Fascia praevertebralis. — Granicę górną stanowi kostna podstawa czaszki.

Szczegółowy opis granic jest następujący:

Przestrzenie te: 5a, 5b i 5c graniczą ku stronie dośrodkowej z mięśniami zwierającemi gardło. Mięśnie te pokryte są cienką powięzią



Ryc. 23. odpowiada ryc. 22. tylko opuszczono szczegóły, ażeby wyraźniej wystąpiły odgraniczenia łącznotkankowe między przestrzenią przygardłową przednią (5 a), tylną (5 c) oraz zewnętrzną częścią przestrzeni przygardłowej przedniej czyli przestrzenią przyuszznicową (5 b). W ryc. podane jest. mianownictwo, używane przez francuskich autorów.

(Fascia pharyngea). Granice od strony lateralnej czyli od zewnątrz stanowią mięśnie skrzydłowate w odcinku przednim, w tylnym zaś, gdzie się szeroko przestrzeń rozchodzi, powięź przyusznicowa (Fascia parotidea). Ku przodowi stanowi jej granicę m. żwacz, tylna krawędź gałęzi wstępującej żuchwy i mięśnie skrzydłowate. Od powięzi przyusznicowej przechodzi Fascia masseterica do krawędzi gałęzi wstępującej; w dolnej części odchodzi od tejże powięź pokrywająca mięsień skrzydłowaty. Obie te powięzie łączą się z powięzią silniejszą, otaczającą ślinianke przyusznicową: Fascia parotidea profunda. Na przekroju pół cm wyżej zrobionym, mniej więcej na wysokości wkłucia przy injekcji mandybularnej (Ryc. 21), widzimy przejście ze Spatium pterygo-mandibulare między gałęzią wstępującą a mięśniami skrzydłowatemi. — Tylne odgraniczenie stanowi Fascia praeverte-

bralis, pokrywająca mięśnie szyjne, przylegające do kręgosłupa. Ku stronie dośrodkowej odgraniczoną jest tylna przestrzeń gardłowa przegrodą łącznotkankową: Aponeurosis petro-pharyngea od Spatium retropharyngeum.

Poprzeczna przegroda łącznotkankowa przestrzeni przygardłowej.

Mniej więcej w pośrodku przestrzeni przygardłowej — cokolwiek bardziej dośrodkowo — leży wyrostek rylcowy (proc. styloideus) z mięśniami od niego odchodzącemi a otoczonemi powięzią, od której odchodzi medjalnie powięź poprzeczna: Fascia stylopharyngea.

Odgraniczenie poprzeczne dalsze ku stronie lateralnej utworzone jest przez powięź ślinianki przyuszniсowej, graniczącej od tyłu z m. sternocleido-mastoideus. Przez całą przestrzeń poprzecznie przebiegająca przegroda łączno-tkankowa oddziela więc przestrzeń przygardłową na dwie części, na przednią przestronniejszą (5 a i 5 b) i tylną węższą (5 c).

Niektórzy autorowie dzielą dlatego przestrzeń przygardłową tylko na dwie części:

Przestrzeń przednią: Spatium parapharyngeum anticum = Spatium praestyloideum = Spatium latero-pharyngeum antic. (5 a + 5 b) i tylną: Spatium parapharyngeum posticum = Spatium retrostyloideum = Spatium lateropharyngeum posticum (5 c).

Cała przestrzeń przygardłowa wypełniona jest luźną tkanką, która, jak wykazał Wessely nastrzykiwaniami tuszem, sięga aż do podstawy czaszki a tamże do Foramen ovale i szerzy się następnie dalej między mięśniami skrzydłowatem zewnętrznem i wewnętrznem (Ryc. 28 i 29). Ma ona również wylot pod łukiem jarzmowym pod przyczep mięśnia skroniowego (m. temporalis).

Topografję tejże okolicy przedstawiają przekroje poziome głowy wzięte z różnych podręczników, które podaję w kolejności od dołu do góry:

a) najniższy na wysokości powierzchni zgryzowej dolnych zębów trzonowych (Ryc. 24 z Toldt'a);

b) 1 cm wyżej prowadzony przekrój z podręcznika Sichera z dodaniem powięzi (Ryc. 21);

c) jeszcze pół cm wyżej przekrój schematyczny z podręcznika Testut-Jacoba (Ryc. 22);

d) przekrój poziomy 1 cm poniżej Frankfurckiej poziomej (Ryc. 25 a) i

e) przekrój poziomy na wysokości płaszczyzny Frankfurckiej poziomej przerysowany z Duchange'a (Ryc. 25 b) z dodaniem powięzi.

Przekroje dwa ostatnie jak też i ryc. 28. i 29. wykazują, jak przestrzeń przygardłowa (5 a) przechodzi na przestrzeń podskroniową (= podczaszkową) Spatium subtemporale (8).

Widzimy z szeregu przekrojów, jak w odstępach prawie centymetrowych obraz topograficzny się ogromnie zmienia. Wyrysowane przezemnie w przekroje powięzie ułatwiają orjentację, strzałki zaś, wrysowane również, wskazują na drogę szerzenia się nacieków.

W opisach rycin, wziętych z podręczników i publikacyj francuskich ujednostajniłem mianownictwo celem łatwiejszej orjentacji z wyjątkiem ryciny 28 i 23. Wyraz „Aponéurose" używany przez autorów francuskich zamieniłem na „Fascia" pozostawiając wyraz „Aponeurosis" tylko dla przegrody dzielącej przestrzeń 5 b przygardłową tylną od przestrzeni zagardłowej.

Przegrodę tę nazwałem — idąc za radą adjunkta Anatomji opisowej Uniw. lwowskiego, Dra Marciniaka. „Aponeurosis petro-pharyngea".

Ku dołowi istnieje droga do wśródpiersia w luźnej tkance wzdłuż

a) ściany m. zwierającego gardło,

b) wzdłuż powięzi przedkręgowej,

c) wzdłuż powięzi otaczającej wielkie naczynie.

Odgraniczenie przestrzeni przygardłowej ku stronie medjalnej od przestrzeni zagardłowej — Spatium retropharyngeum (6) — nie jest bardzo wyraźne; istnieje więc możność przebicia się nacieków w tę stronę, gdzie droga do wśródpiersia jest otwarta, tak samo jest możliwe przebicie się nacieków w kierunku wielkich naczyń (do 5 c), jakkolwiek powięź ta jest odporniejsza. Przerwanie powięzi może w tym kierunku nastąpić sztucznie przy nieodpowiedniem kierunku cięcia, obranym celem otwarcia ropowicy (strzałka kropkowana * w ryc. 22).

Rozgraniczenie między Spatium pharyngeum anticum (5 a) a Spatium parotideum (5 b) jest bardzo luźne, istnieją bowiem tamże szpary, łączące obie przestrzenie. Tłumaczy to łatwo przejście nacieków z jednej przestrzeni do drugiej i uzasadnia rozróżnienie tylko dwóch przestrzeni: Spatium latero-pharyngeum antic. (5a + 5b) i Spatium latero-pharyngeum posticum (5c).

6. Przestrzeń zagardłowa — Spatium retropharyngeum. *(Ryc. 22, 23 i 24.)*

Przestrzeń ta tworzy wąską szparę, wypełnioną luźną tkanką, leżącą za tylną ścianą przewodu gardłowego. Odgraniczona jest ona ku przodowi tylko m. zwierającym gardło, od tyłu zaś powięzią przedkręgową, ku górze podstawą czaszki, ku dołowi zaś prowadzi do wśródpiersia.

W tej przestrzeni leżą gruczoły chłonne (Most): typowe i stale jeszcze u dorosłych spotykane: Glandualae retropharyngeae laterales, z których po dwie leżą po obu stronach atlasu, tuż w pobliżu kąta tylnej i bocznej ściany gardła, wreszcie mniejsze, bliżej linji środkowej położone, a spotykane przeważnie u dzieci w wieku niemowlęcym.

Ryc. 24. Przekrój poziomy głowy na wysokości powierzchni zgryzowej dolnych zębów trzonowych (Według Toldta). Wrysowano powięzie. 1. Fascia buccopharyngea. 2. F. praevertebralis. 3. Aponeurosis petropharyngea. 4. F. parotideo masseterica 5. F stylo-pharyngea. 6. F. parotidea profunda.

Ryc. 25. (*b*) Przekrój poziomy głowy w płaszczyźnie Frankfurckiej poziomej (*a*) i przekrój równoległy 1 cm poniżej tejże płaszczyzny. (Przerysowano z Duchange'a i uzupełniono powięziami).

1. M. tensor et levator veli palatini.
2. Tuba Eustachii.
3. Tonsilla pharyngea.
4. M. stylopharyngeus et m. styloglosus.
5. N. glossopharyng (IX), N. vagus, acces. spinalis.
6 i 7. A. carotis int. et. V. jugul. int.
8. A. carot. ext.
9. V. jugul. ext.
10. Ductus Stenonianus.

O możliwości przebiciu się nacieków ropnych do tejże przestrzeni z obok leżącej przestrzeni przygardłowej wspomnieliśmy już powyżej. Następuje to jednak stosunkowo bardzo rzadko. Nacieki ropne w tejże przestrzeni wychodzą przeważnie od migdałka gardłowego, z ropień gruczołów chłonnych gardła, schorzeń ropnych górnych kręgów, chorób środkowego ucha, przeważnie zaś jamy kości klinowej, rzadko od jamy czołowej lub jamy szczękowej.

Również mogą do tej okolicy przedostać się nacieki, które posuwają się wzdłuż mięśnia policzkowego poprzez Raphe pterygopalatina: dostają się do Spatium parapharyngeum anticum a stamtąd do Spatium retropharyngeum. Następnie jest droga podobna możliwa od Fossa pterygo-palatina od otoków ropnych pobocznych jam nosa.

Przed trzema laty spostrzegłem następujący ciekawy przypadek:

Podczas próbnej punktacji jamy szczękowej u kobiety 60-cio letniej od Fossa canina przez otwór mały igłą tępą próbowałem przestrzyknąć rozczyn fizjologiczny soli, chcąc stwierdzić, czy mam przed sobą torbiel czy też jamę szczękową. Pod stosunkowo słabym naciskiem tłoka wystrzyknąłem jakie 10 cm^3 płynu, a gdy płyn nie uchodził przez otwór nosem zajrzałem do gardła i zobaczyłem obrzęk podniebienia miękkiego, języczka i tylnej ściany gardła, przyczem chora skarzyła się na ucisk w gardle. Należało wnioskować, że igła tępa dostała się pod błonę śluzową, wyścielającą jamę szczękową, ją uwypukliła, a płyn stamtąd dostał się do wyżej podanych okolic.

Po trzech dniach naciek ten ustąpił zupełnie.

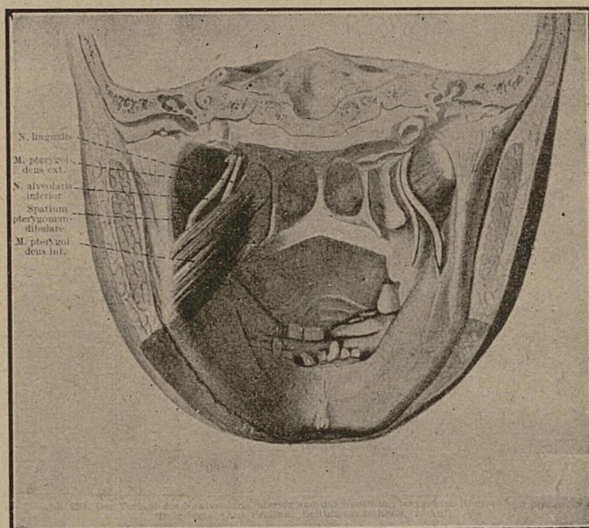
Ten mimowolny eksperyment kliniczny dowodzi, że nacieki z tejże okolicy mogą się przedostać do Spatium retro-pharyngeum. Obserwacje Liebe'go i Hanszela, którzy opisują retropharyngealne ropnie przy zapaleniu ropnem jamy szczękowej przemawiają za tem.

7. Przestrzeń skrzydłowato-żuchwowa. Spatium pterygo-mandibulare. Ryc. 26—29 i ryc. 33.

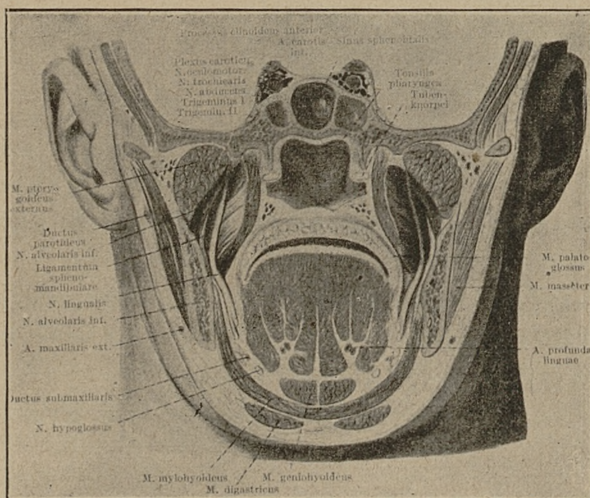
Przestrzeń ta leży poniżej zagłębienia podskroniowego i odgraniczona jest medjalnie: mięśniem skrzydłowatym wewnętrznym, lateralnie: gałęzią wstępującą żuchwy, od góry: poprzecznie przechodzącym mięśniem skrzydłowatym zewnętrznym. Przestrzeń ta w górnej swej części jest szersza, ku dołowi zaś się zwęża a odgraniczona jest tamże przyczepem mięśnia skrzydłowato-wewnętrznym do żuchwy.

Ku tyłowi przestrzeń ta jest otwarta ku przestrzeni przyusznicowej (Spat. parotideum 5 b), ku górze ku przestrzeni podskroniowej (Spatium infratemporale 8), skąd przebiega w dół N. alveolaris inferior przez przestrzeń skrzydłowato żuchwową do kanału kostnego w żuchwie.

Przestrzeń skrzydłowato-żuchwowa wypełniona jest luźną i tłuszczową tkanką a przez nią przebiegają prócz N. alveolaris inf. także N. lingualis oraz naczynia krwionośne o analogicznej nazwie.



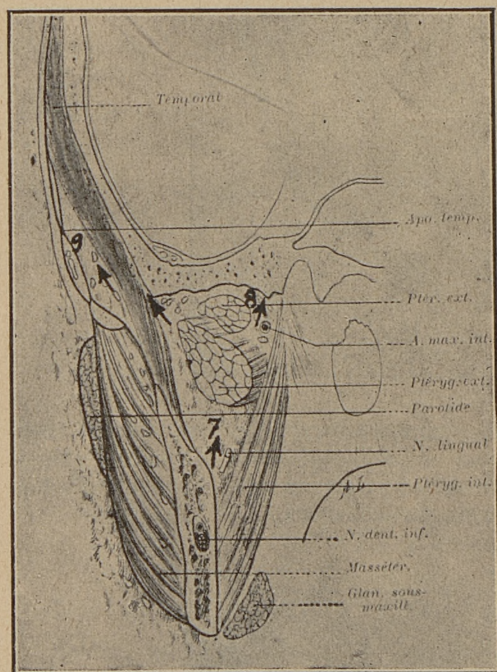
Ryc. 26*) Przekrój czołowy przez głowę przed stawem żuchwowym. Odcinek tylny widziany z przodu. Tkankę łączną między obydwoma mięśniami skrzydłowatemi usunięto i uwidoczniono w ten sposób N. lingualis i N. alveolaris inf. Przestrzeń skrzydłowato-żuchwowa.



Ryc. 27*) Spatium pterygomandibulare.

*) Ryc. 26 i 27 wzięte z podręcznika Tandlera i Sichera.

Ku przodowi oddzielona jest ta przestrzeń tylko cienką warstwą mięśnia policzkowego (M. buccinatorius) i pokrywającą go błoną śluzową. Dolna zaś część tejże przestrzeni otwarta jest do przestrzeni podżuchwowej (4) i do przestrzeni podjęzykowej (3), do której przebiega nerw językowy.



Ryc. 28. Spatium pterygomandibulare. Przekrój czołowy, odcinek przedni. (Z „Anatomie médico-chirugicale").
7. Sp. pterygo-mand.
8. Sp. subtemporale.
9. Sp. temporale.

P r z e s t r z e ń s k r z y d ł o w a t o - ż u c h w o w a posiada s z c z e g ó l n e z n a c z e n i e d l a s z e r z e n i a s i ę n a c i e k ó w r o p n y c h p o c h o d z ą c y c h z t y l n e g o o d c i n k a ż u c h w y i s ł u ż y

k u t y ł o w i:

a) z przestrzeni podjęzykowej (3) }
b) z przestrzeni podżuchwowej (4) } do przestrzeni przygardłowej 5 a i 5 b (Ryc. 16, i 21).

K u t y ł o w i i d o ś r o d k o w o:

c) do przestrzeni przygardłowej przedniej (5 a). Ryc. 21.

K u g ó r z e:

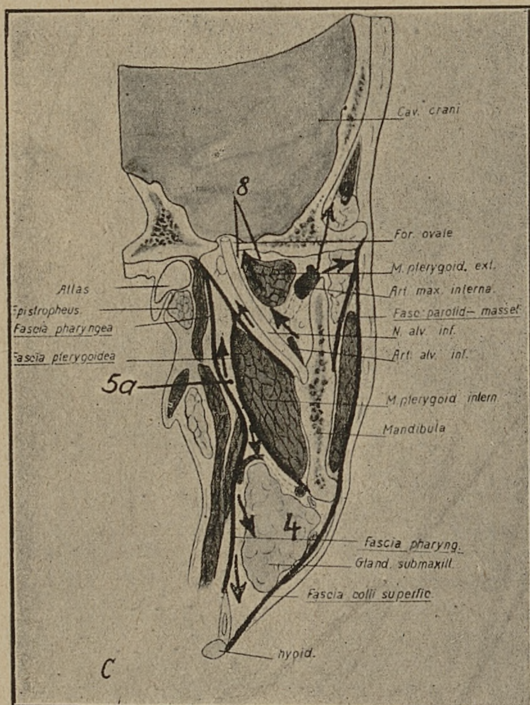
d) do przestrzeni podskroniowej (8). Ryc. 29.

e) do przestrzeni skroniowej (9) wzdłuż mięśnia skroniowego. Ryc. 28 i 29.

Sprawy zapalne ropne od zakażeń nad wykłuwającym się zębem mądrości mogą bezpośrednio przejść na te przestrzenie, tak samo zakażenie,

wywołane injekcją mandybularną i zakażenie podczas injekcji do Foramen ovale, wykonanej w kierunku frontalnym poniżej wyrostka jarzmowego (via transversa).

8. Przestrzeń podskroniowa. Spatium subtemporale. Ryc. 28 i 29 oraz ryc. 25 b.



Ryc. 29. Przekrój czołowy głowy przez Foramen ovale (Przerysowany z Duchange'a z wrysowaniem powięzi).
4. Sp. submandibulare
7. Sp. pterygo-mand.
8. Sp. subtemporale
9. Sp. temporale.

Przestrzeń podskroniowa leży u podstawy czaszki, która tworzy kostne sklepienie górne, sięga dośrodkowo do powięzi gardłowej i powięzi m. skrzydłowatego wewnętrznego; lateralnie zaś do powięzi pokrywającej mięsień skroniowy.

Dolne odgraniczenie stanowi mięsień skrzydłowaty zewnętrzny. Połączenie z jamą czaszkową istnieje przez Foramen ovale, przez które przechodzi III. gałąź nerwu trójdzielnego. Tuż w pobliżu, cokolwiek ku tyłowi leży trąbka Eustachego (ryc. 25) a bardziej jeszcze ku tyłowi Foramen caroticum i Art. carotis int. i V. jugularis int. W części lateralnej przebiega Art. maxillaris int.

Bliskość tych otworów wpływa na przeniesienie się zakażenia z tejże okolicy na opony mózgu.

Ryc. 30 Powierzchowna warstwa mięśni głowy. Powięź skroniowa (blaszka powierzchowna). Powięź przyuszniczowo-żwaczowa.

Ryc. 31. Mięśnie głowy; warstwa głębsza i powierzchowne, mięśnie kości gnykowej. — Widoczne są obie blaszki popowięzi skroniowej, między któremi znajduje się przestrzeń skroniowa.

Ryc. 32. Mięśnie głowy; głęboka warstwa. Mięsień żwacz. i powierzchowny m. skroniowy są przecięte. Przyczepy m. skroniowego do żuchwy są widoczne.
(Ryc. 30 — 32 z Raubera i Kopscha)

Ryc. 33. Spatium pterygo-mandibulare odpreparowane od strony jamy ustnej. Policzki są przecięte w kątach szpary ustnej. Część błony śluzowej policzka jako i m. policzkowy są odpreparowane.
Widoczne są przyczepy m. skroniowego
a) ścięgno głębokie m. skroniowego
b) ścięgno powierzchowne m. skroniowego.
(Według Tandlera i Sichera).

Komunikacje do przestrzeni podskroniowej istnieją:
a) od przestrzeni skrzydłowato-żuchwowej (7),
b) od przestrzeni przyusznicowej (5 b),
c) od przestrzeni skroniowej (9).

Ryc. 34.

9. Przestrzeń skroniowa. — Spatium temporale. Ryc. 28—32.

Przestrzeń skroniowa leży w okolicy mięśnia skroniowego między powięziami tego mięśnia.

Powięź skroniowa rozpoczyna się wzdłuż Linea temporalis inferior, gdzie zrośnięta jest z okostną i pokrywa powierzchnię kości, ściśle przylegając do mięśnia. Nie towarzyszy ona jednak mięśniowi skroniowemu na całej przestrzeni, tylko przyczepia się do dolnego brzegu wyrostka czołowo-klinowego (Proc. fronto-sphenoidalis), wyrostka jarzmowego i do górnego brzegu łuku jarzmowego. Mniej więcej w dolnej części swego odcinka rozszerza się na blaszkę powierzchowną i na blaszkę głęboką, która przyczepia się do wyrostka dziobiastego żuchwy (proc. coronoideus); między sobą są blaszki powięzi połączone przez nierównie silnie rozwiniętą tkankę łączną.

W przestrzeni tej skroniowej między temi dwiema płytkami powięzi spotykamy zazwyczaj obfitą tkankę tłuszczową.

Wyliczając przestrzenie łącznotkankowe wchodzące w rachubę przy naciekach ropnych wychodzących od szczęk, wyliczyłem przestrzeń tę

osobno, ponieważ tamże spotykamy niekiedy ropnie podskroniowe, które wymagają interwencji chirurgicznej; nacieki te ropne przedostać się mogą z przestrzeni skrzydłowato-żuchwowej (Ryc. 29 i 33) albo z okolicy retrolarnej m. żwacza. (Ryc. 33). Następuje to wówczas, jeśli przyczep mięśnia skroniowego sięga nisko aż do tejże okolicy.

Przy ropniu okolicy skroniowej występuje obrzęk powyżej łuku jarzmowego.

Przestrzeń policzkowa — Spatium buccale. Ryc. 30, 31 i 34. Po usunięciu skóry i tkanki podskórnej napotykamy w tylnej okolicy policzka powięź przyuszniczo-żwaczową, która przechodzi powyżej łuku jarzmowego w powierzchowną blaszkę powięzi skroniowej. W dolnej części policzka spotykamy cienką warstwę mięśnia podskórnego (Platysma), mającego swój przebieg od szyi ku przodowi poprzez krawędź żuchwy w kierunku do brody i szpary ustnej. — Od kości jarzmowej przechodzi do kąta ust m. zygomaticus (Ryc. 30).

Przestrzeń między mięśniem żwaczem, m. trójkątnym wargi dolnej a czworobocznym wargi górnej wypełnia tkanka tłuszczowa: Corpus adiposum Bichati, sięgająca wgłąb aż do powięzi policzkowo-gardłowej, pokrywającej m. policzkowy (m. buccinatorius). Przestrzeń tę zwiemy: Spatium buccale.

Już w okresie początkowym spraw zapalnych, wychodzących od szczęki dolnej lub górnej, pojawiają się w okolicy policzkowej obrzęki surowicze, które niekiedy przechodzą w stan ropny.

Jeżeli abstrahujemy od spraw zapalnych w gruczole ślinowym przyusznym, to pochodzą one ze spraw ropnych w okolicy szczytów trzonowców lub przedtrzonowców górnych lub dolnych, jeżeli przebijają się powyżej lub poniżej przyczepu m. policzkowego (Ryc. 2.). Także ropienia z okolicy pozatrzonowcowej dolnej, okolicy m. żwacza przedostać się mogą do okolicy policzkowej.

Z tejże okolicy istnieje połączenie dalsze ku tyłowi do przestrzeni skrzydłowato-żuchwowej oraz wzdłuż przyczepu m. skroniowego do okolicy skroniowej. Ryc. 34.

W okolicy policzkowej spotykamy także przy sprawach o przebiegu przewlekłym po poprzednim silnym obrzęku zimny ropień podskórny.

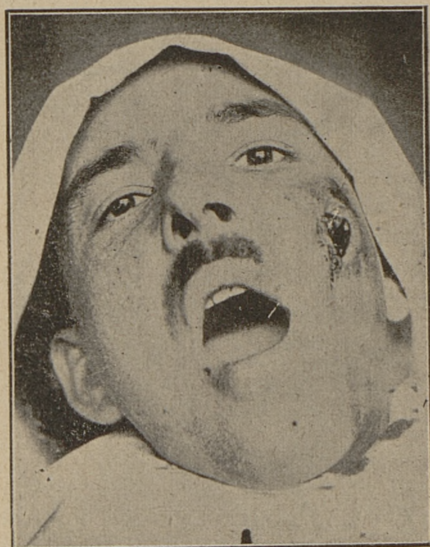
Ryc. 35. i 36. przedstawia przypadek tego rodzaju. Istniała poprzednio przetoka policzkowa, która się zasklepiła a wystąpił powyżej ograniczony ropień. Po otwarciu go wprowadzić było można zgłębnik aż do kości szczękowej w okolicę wyjętego korzenia pierwszego zęba trzonowego. Po usunięciu korzeni wyczuć było można pod błoną śluzową podniebienia główkę tępą zgłębnika.

Rzadziej przebijają się nacieki ropne z okolicy podżuchwowej do okolicy policzka, chociaż obrzęk surowiczy tamże występuje stosunkowo

wcześnie; przeszkodę bowiem stanowi powięź powierzchowna szyjna, przyczepiająca się do krawędzi żuchwy. Jednakowoż zapora ta może zostać przerwaną i naciek ropny rozszerza się wówczas także w okolicy policzka.

Atypowy przypadek przejścia nacieku ropnego z okolicy podżuchwowej opisuje Wassmund; ropowica dna jamy ustnej powstała po wyjęciu 2-go lewego zęba trzonowego dolnego, zajęła okolicę kąta żuchwy i przeszła na stronę prawą dna jamy ustnej a stąd poprzez krawędź





Ryc. 35. Ryc. 36.

Ryc. 35. i 36. Zimny ropień w okolicy policzka wychodzący od |6.
Ryc. 36. Po otwarciu ropnia, usunięciu korzeni i wyskrobaniu zębodołu przeszedł zgłębnik ze strony policzka do podniebienia.

żuchwy do okolicy policzka. Ponieważ po stronie prawej nie było można stwierdzić żadnego ogniska ropnego, musiano przyjąć przedostanie się nacieku ropnego przez powięź szyjną do tejże okolicy. Stwierdzono przytem pęcherzyki gazowe, charakterystyczne dla ropowic gazowych.

W końcu może przyjść wskutek ropowicy dna jamy ustnej do zakrzepowego zapalenia żyły twarzowej przedniej; żyła ta przebiega od dośrodkowego kąta oka do pobliża kąta ust, następnie do przedniego brzegu m. żwacza. Przy thrombophlebitis żyła wykazuje zgrubienie, staje się twardą i bolesną, skóra ponad nią jest zaczerwieniona a w okolicy policzka występuje obrzęk surowiczy, który może przejść także w stan ropny.

(Ciąg dalszy ukaże się w następnym numerze).

Prof. Dr. DIECK. BERLIN.

SZCZEGÓLNE WŁAŚCIWOŚCI DOLNYCH PRZEDTRZONOWCÓW POD WZGLĘDEM ANATOMICZNYM Z UWZGLĘDNIENIEM WNIOSKÓW PRAKTYCZNYCH [1]).

Variétés caractéristiques, anatomiques et physiologiques, des prémolaires inférieures vues aussi du côté practique.

Ueber anatomische und physiologische Besonderheiten der unteren Praemolaren mit Berücksichtigung praktischer Gesichtspunkte.

Doc. pol. 25, 31; 25, 32; 25, 34. Doc. int. 616. 314. 6007.

W tej grupie zębów występują anatomiczne i fizjologiczne odmienne właściwości, które przy innych zębach uzębienia ludzkiego nie zachodzą wcale lub też w sposób mniej charakterystyczny.

Dotyczą one głównie: Zboczeń od prawidłowych stosunków odnośnie do czasowego rozwoju i ułożenia zawiązków oraz ich wpływu na resorpcję zębów mlecznych i wyrzynanie się, następnie zmniejszonej ilości lub nadliczbowości dolnych zębów przedtrzonowych, objawu ich wędrowania i obrotu około swej osi, jakoteż ich kształtu anatomicznego.

Niekiedy zachodzą przypadki, w których drugi dwuguzkowiec wyprzedza pierwszy w rozwoju pod względem czasu wyrzynania się; obserwujemy także przypadki że po wyrżnięciu się dolnego dwuguzkowca dalszy rozwój jego korzenia postępuje niezwykle powolnie.

Pominąwszy już samo nieprawidłowe ułożenie zawiązku występujące także przy innych zębach ma ono przy dolnych przedtrzonowcach szczególne znaczenie i wpływ na sposób resorbcji korzeni mlecznych zębów. Zawiązek przedtrzonowca może się znajdować w niewłaściwym układzie obrócony o własną oś, tak że korona większą średnicą policzkowo-językową leży nie poprzecznie, lecz w kierunku strzałkowym; w ten sposób zależnie od kierunku skręcenia przylega policzkową powierzchnią do wewnętrznej strony dośrodkowego, lub odśrodkowego korzenia zęba.

Ryc. 1. wykazuje, że przy takim układzie drugiego dwuguzkowca odśrodkowy korzeń uległ zupełnie wchłonięciu, podczas gdy korzeń dośrodkowy pozostał w swej dolnej części nienaruszony, w górnej zaś uległ wchłonięciu i prawie zupełnie oddzielił się od korony. Widoczne jest, że to wkrótce nastąpi i przez to korona odpadnie, a niewchłonięta część korzenia pozostanie w szczęce. Przed dośrodkowym korzeniem drugiego trzonowca mlecznego znajduje się jeszcze mała pozostałość korzenia, przy-

[1]) Artykuł oryginalny nadesłany „Pol. Dent." przetłumaczyła Dr. A. Bardaszówna; tłumaczenia przejrzał A. Cieszyński.

puszczalnie jestto zatrzymana resztka odśrodkowego korzenia pierwszego trzonowca mlecznego, który podobnie jak i drugi trzonowiec mleczny niezupełnie został zresorbowany. Wielu starszych autorów, szczególnie R o e s e zajmowało się „nadliczbowym pieńkiem zębowym“, zachodzącym w zakresie przedtrzonowców, uważając go za oddzielny nadliczbowy twór zę-



Ryc. 1. Częściowe wchłonięcie dośrodkowego korzenia dolnego 2. trzonowca mlecznego z pozostawieniem niewchłoniętej części korzenia.

bowy, pozbawiony szliwa, w poszczególnych przypadkach uważają go też za pozostałość mlecznych korzeni. W przeciwieństwie do nich jestem zdania, że w większości przypadków są to resztki korzeni, rzadziej zaś twory samoistne. Ryc. 2. przedstawia taki pieniek w luce poza pierwszym trzo-



Ryc 2. Pieniek korzeniowy za pierwszym przedtrzonowcem, prawdopodobnie pozostałość odśrodkowego korzenia 1. trzonowca mlecznego.

nowcem. Analogiczne stosunki zachodzą też w zakresie górnych przedtrzonowców.

N i e p r a w i d ł o w o ś ć k s z t a ł t u k o r o n y dolnego przedtrzonowca, drogą patologiczną powstały niedorozwój i niedostateczne zwapnienie jest objawem znanym i wspomnę o tem tylko pobieżnie.

Korona może być ku korzeniowi ściśnięta, lub skrócona i częściowo lub zupełnie pozbawiona szkliwa. Zjawiska te wytłumaczyć nie jest rzeczą trudną. Zachodzi tu działanie ropnego zapalenia ozębnej mlecznych trzonowców w okresie rozwoju korony przedtrzonowców.

Dość często następuje w y r z y n a n i e s i ę drugiego dwuguzkowca k u s t r o n i e j ę z y k o w e j, niekiedy też zatrzymanie w tem nieprawidłowem ułożeniu. Zjawisko to jest znane i jest następstwem braku miejsca, gdyż oba zęby sąsiednie t. j. pierwszy trzonowiec i pierwszy przedtrzonowiec zajęły już to miejsce. Analogiczna nieprawidłowość zajść może w tych samych warunkach przy górnym drugim przedtrzonowcu i w kle.

Względnie częste p o z o s t a n i e (persystencja) d o l n e g o d r u g i e g o t r z o n o w c a m l e c z n e g o stoi z reguły w związku z drugim

przedtrzonowcem i jest od niego zależne, zawiązek zęba stałego może być bowiem w ten sposób przemieszczony, że wchodzi przy swoim wzroście w kolizję z korzeniami zęba mlecznego, a dlatego też nie powoduje ich resorpcji; przyczyna może też leżeć i w tem, że zawiązka stałego zęba wcale niema. (Przykł. ad ryc. 3.). Przypadek tego rodzaju należy do zboczeń od prawidłowej liczby dolnych przedtrzonowców do zmniejszonej ilości i nadliczbowości tychże zębów.

Niewytworzenie się pierwszego przedtrzonowca jest nieprawidłowością nader rzadką, zwłaszcza tam, gdzie zachodzi niezwykły przypadek braku większej ilości zębów w uzębieniu.



Ryc. 3. Persystencja dolnego 2. mlecznego trzonowca jako następstwo braku drugiego przedtrzonowca.

Tak zwana „dentitio tertia“ t. zn. późne wyrzynanie się zęba spotykamy częściej przy górnym kle, aniżeli przy dolnych drugich przedtrzonowcach. Oznaczenie „dentitio tertia“ jest jednak o tyle niewłaściwe, że chodzi tu o zatrzymany ząb należący do drugiego uzębienia, który w wieku późniejszym biernie się wyzwala, w następstwie zaniku wyrostka zębodołowego, a nie wyrzyna się w znaczeniu czynnego występowania z kości szczękowej. Wspomniane wyzwalanie się zębów przyśpiesza znacznie dostawka, która wywiera nacisk na warstwę kości ponad zatrzymanym zębem.

Spostrzegania kliniczne przemawiają zatem, że dentitio tertia vera zachodzi, i że jest jako następowe wytworzenie się zębów ponad prawidłową ilość zębów stałego uzębienia faktycznie możliwą. I właśnie w obrębie dolnych przedtrzonowców (czasami i górnych) spotkać można trzeci ząb przedtrzonowy. Oczywiście zachodzi tu pytanie, czy ten nadliczbowy przedtrzonowiec nie wytworzył się w normalnym czasie rozwoju przedtrzonowców. Przypadek następowego rozwoju jego przedstawia przypadek obserwowany u 11-letniej dziewczynki przedstawiony w ryc. 4.

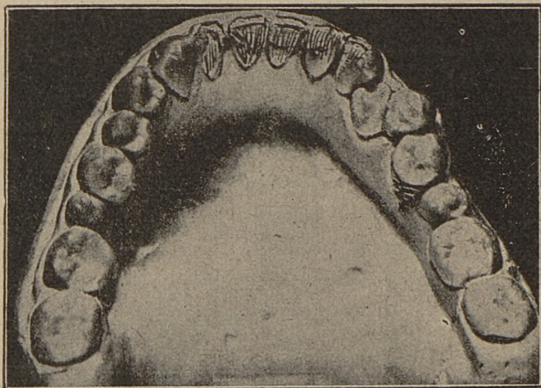
Jak wskazuje rycina powędrował drugi przedtrzonowiec będący w rozwoju wskutek wczesnego usunięcia się ku tyłowi. W powstałej w ten sposób wolnej przestrzeni wytworzył się nowy zawiązek, a skorupka szczytu korony wykazuje już zwapnienie. Kształt tejże korony wskazuje na to, że nowy ząb będzie przedtrzonowcem. Przypuśćmy, że dalszy rozwój — o ile nie zajdzie przeszkoda — trwać będzie około 4 lat, to wyrznię-

cia się tego później wytworzonego przedtrzonowca oczekiwać należy w 15. roku życia. Stwierdzić tego nie mogłem, ponieważ dziecko się później nie zgłosiło. W każdym jednakże razie spostrzeżenie to jest bardzo rzadkie i nader ciekawe.



Ryc. 4. Początek następowego rozwoju 3. dolnego przedtrzonowca w przestrzeni powstałej w wyrostku zębodołowym przez przemieszczenie niewyrzniętego 2. przetrzonowca.

Mam przyjemność przedstawienia w ryc. 5. niezwykłego przypadku; wytworzyły się bowiem w żuchwie obustronnie po 4 przedtrzonowce. Dotyczyło to młodego mężczyzny w 20-tym roku życia. Ze stałych trzonowców były tylko dwa, które uważać należy za pierwszy i drugi, trzeci nawet nie jest zaznaczony. Wyciski i oględziny szczęki tego osobnika zawdzięczam uprzejmości kolegi Mosesa z Berlina.



Ryc. 5. Niezwykły przypadek obustronnego wytworzenia się 4 dolnych przedtrzonowców.

Drugiego podobnego przypadku w praktyce mej nie miałem. Pewien kolega z Danji niedawno mi przyrzekł przesłać wycisk analogicznego przypadku, do dziś jednak tego nie uczynił. Jak wynika z Ryc. 5. trzeci przedtrzonowiec po obu stronach jest największy ze wszystkich, czwarty zaś najmniejszy.

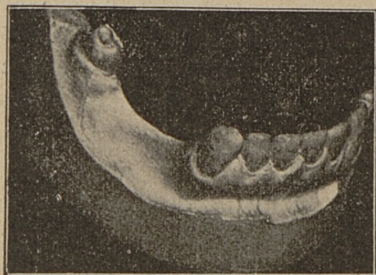
Wystarczającego wytłumaczenia tej nieprawidłowości dać nie możemy. Nasuwa się myśl, że wedle Flowera pierwotna forma uzębienia ssaków miała 44 zęby, a mianowicie: trzy zęby sieczne, jeden kieł, cztery przedtrzonowce i trzy trzonowce w każdej połowie szczęki górnej i dolnej.

U człowieka występuje niekiedy 6 zębów siecznych. Widziałem kilka takich przypadków i mam ich wyciski. W jednym przypadku były (prócz prawidłowych bocznych) 4 zęby sieczne o kształcie środkowych zębów siecznych, w innym przypadku (prócz prawidłowych środkowych) były 4 typowo wykształcone sieczne boczne. Nie należy tego tłumaczyć bezwzględnie jako atawizm, jakkolwiek i to tłumaczenie miałoby pewne uzasadnienie.

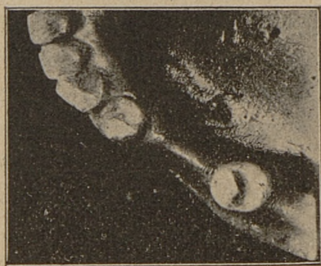
Szczególne znaczenie dla dolnych przedtrzonowców ma wczesna utrata pierwszego stałego trzonowca. Następstwa tego wystąpić mogą wskutek przeciążenia przedtrzonowców w czasie wyrzynania się zęba i to pod postacią ciekawego objawu wędrowania tychże zębów. Pierwszy trzonowiec uchodzi za najważniejszy ząb uzębienia. We wieku dziecięcym w czasie zmiany zębów wywiera on bowiem znaczny wpływ na rozwój stałego uzębienia, mianowicie jako stały ośrodek w danym odcinku szczęki. Ząb trzonowy jest najbardziej czynnym i ma wielki wpływ na rozrost szczęki, ustala niejako miejsce przy podziale przestrzeni dla wyrzynających się przednich przedtrzonowców i za nim stojących zębów trzonowych, oraz nadaje kierunek podczas wyrzynania się przedniego i tylnego sąsiedniego zęba. Jeśli pierwszy ząb trzonowy zostanie usunięty zanim przedtrzonowce i drugi trzonowiec się wyrznie, następuje lekkie przechylenie drugiego trzonowca, niekiedy przesunięcie zupełne tego zęba do przodu, ku drugiemu przedtrzonowcowi; o ile nastąpi przesunięcie się tego drugiego przedtrzonowca, następuje powoli zanik luki. Brak pierwszego trzonowca ma jeszcze większy wpływ na siłę zgryzu, wywieraną na wyrzynający się przedtrzonowiec. Ponieważ zachodzi znaczna różnica między pojemnością powierzchni zgryzowej, a szyjką tych zębów, otwór zębodołu jest dla przedtrzonowca tak szeroki, że wyrzynający się ząb początkowo nie jest tak bardzo ustalony, by stawił dostateczny opór sile zgryzu; dlatego też nie mogąc wytworzyć dostatecznej zapory nie dozwala na wyższe wytworzenie się wyrostka zębodołowego a sam prawidłowej wysokości często nie osiąga.

W istocie swej odmiennem, a zarazem donioślejszem następstwem wytworzenia się luki wskutek wczesnego usunięcia pierwszego trzonowca jest objaw właściwy przedtrzonowcom, ich „wędrowanie".

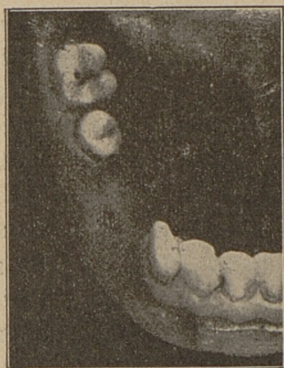
Należy dać definicję „wędrowania" zębów, ponieważ określenie to używane jest często zupełnie fałszywie n. p. dla oznaczenia skośnego ustawienia się zębów wskutek zmian chorobowych w okolicy przyzębnej lub przesunięcia zęba, wywołanego rozrastającą się torbielą korzeniową. W pierwszym przypadku następuje zmiana ustawienia korony przez obrót zęba około szczytu korzenia jako punktu obrotu, w drugim przypadku może być przesunięty cały korzeń, w obu zaś przypadkach ruch jest bierny, wypierający oś zęba lekko poza łuk zębowy.



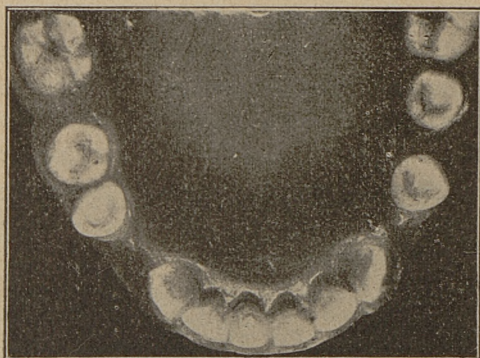
Ryc. 6 Wędrowanie P_2 w znacznym stopniu i obrót jego około osi. P_1 brak.



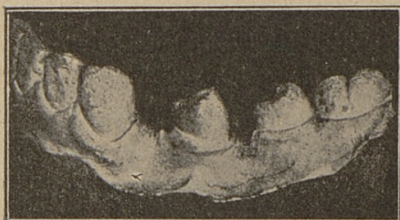
Ryc. 7 Wędrowanie P_2 na miejsce M_2. P_1 zatrzymał swe miejsce.



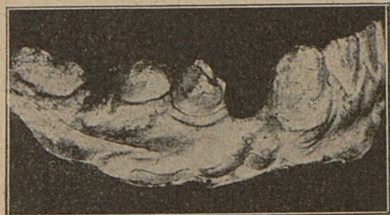
Ryc. 8. P_2 przesunął się aż przed M_2 i wykonał obrót około osi pionowej.



Ryc 11. Po prawej stronie w kontakcie ze sobą P_1 i P_2 powędrowały wykonując obrót. Po lewej stronie powędrowały z nierówną szybkością, wykonując również obrót.



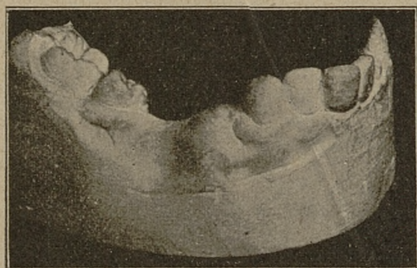
Ryc. 9. Oba przedtrzonowce powędrowały z nierówną szybkością, wykonując obrót.



Ryc. 10. Oba przedtrzonowce powędrowały z równą szybkością, wykonując obrót.

Wędrowanie dolnych przedtrzonowców natomiast charakteryzuje, a zarazem uzasadnia nazwę ten moment, że ruch następuje nietylko zawsze jedynie w kierunku pionowym zęba, ale że ząb stale zachowuje swe silne osadzenie kości. Z wędrowaniem zęba połączony jest zazwyczaj także obrót około osi zęba, o czem jeszcze wspomnę. Przeważnie chodzi o wędrowanie drugiego przedtrzonowca, podczas gdy pierwszy pozostaje w swem miejscu obok kła. Rzadkie są przypadki, w których pierwszy przedtrzonowiec wędruje. Jeśli to nastąpi odbywa się to albo w stałym kontakcie z drugim zębem przedtrzonowym, a więc z tą samą szybkością, albo też wolniej; wówczas drugi przedtrzonowiec wyprzedza pierwszy i powstaje miedzy nimi luka (porównaj Ryc. 6 — 11).

Zjawiskiem tem zajmowałem się już obszernie w r. 1900 („Odontologische Blätter") i mogę ówczesne wyniki tylko nieco rozszerzyć.



Ryc. 12. P_2 powędrował do M_2 i obrócił się. P_1 pozostał na miejscu i jest w trakcie wyrzynania się.



Ryc. 13. P_2 powędrował jeszcze przed swoim wyrznięciem się i wyrzyna się tuż przed M_2. P_1 pozostał na miejscu.

Wytłumaczenie dla objawu wędrowania nie jest jeszcze zupełnie ustalone. Bądźcobądź nie odpowiada ono tłumaczeniu Hesse'go, który mówił na ten temat w sekcji dentystycznej X. międzynarodowego Kongresu lekarskiego w Berlinie w r. 1890. Autor ten był zdania, że ruch przedtrzonowców powodują siły naciskowe, działające podczas żucia. Że tak jednak nie jest, wynika z tego spostrzeżenia, że wędrowanie nastąpić może już przed wyrznięciem się zęba, co dość często obserwowałem. Ryc. 12. i 13. przedstawiają przypadki, w których drugi przedtrzonowiec wyrznął się dopiero krótko przed wyrznięciem się drugiego trzonowca, względnie jest tuż przed wyrznięciem się. Ryc. 12. wykazuje, że drugi przedtrzonowiec stojący przed M_2 mimo swe wędrowanie wyrznął się prędzej niż P_1. Pierwszy przedtrzonowiec jest bowiem bezpośrednio pod dziąsłem, uwypukla dziąsło i gotuje się dopiero do wyrznięcia.

Sprawy, które toczą się w kości podczas wędrówki przedtrzonowców i kwestię, jakiego rodzaju stosunek zachodzi między temi procesami,

a wyrzynaniem się zęba, czy same mogą odgrywać rolę przyczynową podczas wędrowania zębów, lub też tylko są następstwem wędrówki — niełatwo jest wyjaśnić. Że taki związek zachodzi jest rzeczą pewną. Jest również zrozumiałe, że po usunięciu pierwszego trzonowca proces kostnienia zębodołu daje powód do przebudowy istoty gąbczastej. We wielu przypadkach wykazało zdjęcie roentgenowskie poziome ułożenie beleczek istoty gąbczastej w miejscu byłego pierwszego trzonowca, a nie w obrębie drogi, którą przebył przedtrzonowiec.

Szybkość wędrówki jest bardzo rozmaita, jak wykazują spostrzegania tego ciekawego zjawiska w ostatnich 40 latach. Przy znacznej szybkości cała droga drugiego trzonowca trwa 1 — 2 lat, w innych przypadkach odbywała się wolniej i wymagała wielu lat. Drugi trzonowiec ogranicza oczywiście długość drogi, jeśli zostaje także usunięty, może w końcu ząb wędrujący stanąć i w jego miejscu. Miało to miejsce w przypadku, który jeden z moich asystentów klinicznych przedstawił mi, gdzie u pacjenta „trzeci trzonowiec miał dziwny kształt". Spostrzegłem odrazu, że chodzi tu o przemieszczony drugi ząb przedtrzonowy. Droga przebyta może więc wynosić $2^1/_2$—3 cm.

Ponieważ ząb przemieszczony jest zupełnie ustalony i zachowuje żywą miazgę, musi równocześnie z przesuwaniem zęba nastąpić wydłużenie wchodzących weń naczyń i nerwów. Nie jest to nic uderzającego, lecz stanowi zwyczajny proces biologiczny zachodzący przy normalnych warunkach wzrostu.

Pewną analogię mamy w orotodoncji, gdy przy zastosowaniu sztucznej siły przesuwamy ząb z jego pierwotnego miejsca. Jest zrozumiałe, że działanie siły musi być powolne i stopniowe; zbyt szybkie tempo może być szkodliwe. Martwicę miazgi, lub zmiany odżywcze łożyska zęba stwierdza się niejednokrotnie jako następstwa zbyt energicznego postępowania.

Obrót około osi przedtrzonowców należy do zwyczajnego obrazu wędrowania. Rzadko tylko pozostaje ząb w normalnem ustawieniu swej osi. We większości przypadków następuje obrót o 90° ku tyłowi, tak że policzkowa strona zęba stoi odśrodkowo. Potwierdza to większość przedstawionych na rycinach przypadków. Niekiedy następuje obrót w kierunku przeciwnym, tak że policzkowa powierzchnia stoi dośrodkowo.

Właściwości wytworzenia się korzeni dolnych przedtrzonowców i znaczenie tychże odmian dla leczenia przewodów korzeni tych zębów.

Kto przypatruje się bliżej usuniętych zębom — a czynić to powinien każdy — ten prawdopodobnie zauważył zaznaczone, mniej lub więcej głębokie rozdwojenie korzenia, prowadzące niekiedy do zupełnego podziału szczytu korzenia. To wytworzenie rowka ma zupełnie inny charakter, niż

przy rowku występującym niekiedy przy dolnych siecznych i kłach, lub w górnych jednokorzeniowych przedtrzonowcach jako zaznaczenie podziału korzenia. Rowki podłużne tego rodzaju są płytkie i znajdują się niezależnie od głębokości po obu stronach korzeni dośrodkowo i odśrodkowo i idą sobie niejako naprzeciw, co przy odpowiedniem pogłębieniu prowadziłoby do rozdwojenia korzenia. Inaczej ma się rzecz u dolnych przedtrzonowców. Tu wytwarza się rowek jedynie po stronie dośrodkowej i oddziela mniejszą językową część korzenia od większej policzkowej. Wygląda to jak zaciągnięcie powierzchni dośrodkowej, gdyż szersza i grubsza część policzkowa przełożona jest niejako na węższą językową (por. zęby na Ryc. 14.).



Ryc. 14. Przykłady dolnych pierwszych i drugich przedtrzonowców z rowkami rozmaitej głębokości na dośrodkowej powierzchni korzeni.

Obraz taki możnaby otrzymać, jeśli wykonamy z masy plastycznej dolny przedtrzonowiec o dwu korzeniach i palcami ściśniemy oba korzenie, tak że jeden zachodzi na drugi. Odnosi się wrażenie, że wytworzenie rowka jest zaznaczeniem cofnięcia się w rozwoju ewolucyjnym, kiedy pierwotny człowiek posiadał dwukorzeniowe dolne przedtrzonowce jak to n. p. posiadają jeszcze małpy człekokształtne. Rowek jest dostępny od językowej strony dośrodkowej powierzchni ku stronie policzkowej i wsuwa się niejako między policzkową część powierzchni, która jest szersza i grubsza (por. zdjęcia roentgenowskie na ryc. 14.).

Przewód korzeniowy dolnych przetrzonowców jest pojedyńczy odpowiednio do jednego korzenia tego zęba i uchodzi w praktyce jako stosunkowo łatwo dostępny i wygodny dla leczenia po zabiciu miazgi i przy zgorzeli. W przypadkach jednak opisanego wyraźnego rowkowania można z góry przyjąć, że także przewód korzeniowy kształtem swym odbiega od normy; następuje mianowicie podział na dwa węższe pojedyncze przewody,

policzkowy szerszy i węższy. I jest tak istotnie. Bez znajomości tej względnie częstej nieprawidłowości napotyka się w danym przypadku na niewytłómaczone trudności w leczeniu korzeni. Drożność przewodu zanika w pewnej mniejszej lub większej głębokości i uzyskanie tejże drożności do szczytu staje się niemożliwe.

Należy więc bezwzględnie w każdym przypadku leczenia przewodów dolnych przedtrzonowców przekonać się na zdjęciu roentgenowskiem czy



Ryc. 15.



Ryc. 16.



Ryc. 17.

Ryc. 18.







Ryc. 19.

Ryc 15—19. Dolne przedtrzonowce z wytworzonym rowkiem i zdjęcia roentgenowskie uwidaczniające rozwidlenie przewodu korzeniowego.

zachodzą stosunki prawidłowe, czy też istnieje podział przewodu korzeniowego. Zdjęcia roentgenowskie na Ryc. 15 — 19. przedstawiają stosunki występujące przy rozwidleniu przewodów korzeniowych, co zachodzi już to wyżej, już to we większej głębokości korzenia.

Rowkowanie takie spotkać możemy u obu przedtrzonowców; nie mogłem jednak stwierdzić, w którym występuje częściej.

Jest zupełnie jasne, że przeprowadzenie leczenia takiego zęba t. zn. oczyszczenie i wypełnienie tak wąskich przewodów aż do szczytu jest przeważnie niemożliwe. I jak w tym przypadku zębów przedtrzonowych, tak i w każdym innym przy którym przeprowadzamy leczenie przewodów zarówno po zatruciu miazgi jak i przy zgorzeli powinniśmy wykonać zdjęcie roentgenowskie dla zaznajomienia się ze stosunkami anatomicznemi korzeni i ich przewodów; zdjęcie zaś roentgenowskie kontrolne należy wykonać po ukończeniu leczenia i wypełnieniu przewodów. Zasady tej ściśle się przestrzega na oddziale zachowawczym naszego instytutu.

Dr. J. GONDZIK, lekarz-dentysta. KRÓL. HUTA.

Przypadek nadliczbowego zęba trzonowego.

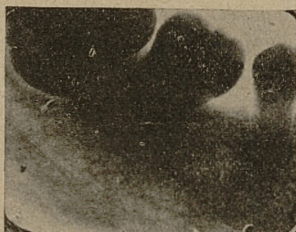
Un cas d'une dent molaire surnuméraire.

Ein Fall vom überzähligen Molar.

Doc. pol. 25.31; 25.36. Doc. int. 616.314.8; 008; 616.314; 007.62.

Mężczyzna w sile wieku zgłasza się z dokuczliwemi bólami w okolicy kąta prawej żuchwy; dziąsło i okoliczna błona śluzowa jamy ustnej jest silnie poparzona różnemi środkami, któremi pacjent starał się zagłuszyć bóle.

Badanie kliniczne nie dało żadnych wyników; dopiero zdjęcie roentgenowskie wykazuje 8| wystający ponad dziąsło, korzenie jego zrośnięte są z innym, tkwiącym w żuchwie, a dla oka niewidocznym zębem. Ryc. 1.



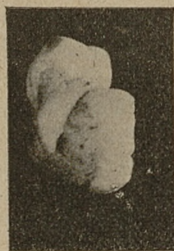
Ryc. 1.

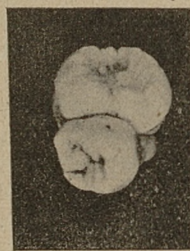


a Ryc. 3. *b*









a *b* Ryc. 2 *c* *d*

Ryc. 2. Zrośnięty 3. i 4. trzonowy ząb dolny. *b* widziany od strony policzkowej, *a* od str. odśrodkowej, *c* od str. dośrodkowej, *d* ukośnie z góry od str. językowej

Jak wykazuje luka ekstrakcyjna między 7—5| jest to czwarty ząb trzonowy nadliczbowy. Usunięto oba zęby razem, które przedstawiają się następująco: Ząb zatrzymany ułożony jest pod kątem 90° do 8| który językową powierzchnią korzeni ściśle jest złączony ze szczytową powierzchnią korzeni i szyjkową częścią korony trzonowca nadliczbowego (ryc. 2); korona tego zęba jest niepomiernie duża o wybitnie wykształconej powierzchni zgryzowej. Po operacji bóle ustąpiły natychmiast.

Ryc. 3. przedstawia roentgenogramy zębów zrośniętych po ich wyjęciu, a mianowicie, preparat zdjęty w osi frontalnej ryc. *a*, a zdjęty w osi sagitalnej ryc. *b*.[1]).

[1]) Ryc. 2. i 3. wykonane są w Inst. dent. U. J. K.

Dział sprawozdań i streszczeń.

PATOLOGJA.

Grandclaude - Lesbre (Paris). Les agents microbiens de l'infection dentaire chronique. (Jakie drobnoustroje wywołują przewlekłe sprawy zapalne zębowe?). Revue Odontol. 1928, str. 390.

W pracy tej przedstawia autor dwa przypadki złośliwego zapalenia wsierdzia, które z całą pewnością wywołane były przyczyną ropotoku zębodołowego. O wiele mniej niebezpieczeństwa przedstawiają ziarniniaki na szczytach korzeni, przeciwnie jak twierdzą Amerykanie. Ziarniniaki te są wywoływane i zawierają drobnoustroje niezłośliwe i niechorobotwórcze. Jako ogólna przyczyna zakażenia ziarniniakami stoją daleko w tyle poza ropotokiem i zapaleniem miazgi. W ziarniniakach bowiem znachodzi się na hodowlach paciorkowce niehemolizujące; gronkowiec biały znajdował się rzadziej, prawie w połowie przypadków badanych. Przy zapaleniu miazgi również znalazł te same drobnoustroje. We wszystkich przypadkach spraw parodontalnych najniebezpieczniejszą jest ropa, w której znajdują się paciorkowce hemolityczne, a obok nich prawie o tem samem znaczeniu baccillus fusiformis i spirochety. Głównym drobnoustrojem powodującym sprawy zapalne zębowe jest paciorkowiec niehemolizujący, który w przestrzeniach międzyzębowych i w kieszonkach dziąsłowych rozwija swoją żywotność i złośliwość i bierze udział w próchnicy i w ropotoku, a stąd drogą przerzutów może tworzyć zakażenia.

Leczenie profilaktyczne i leczenie szczepionkami powinno być skierowane przeciwko tym drobnoustrojom, które powodują stwierdzone choroby, a nie przeciwko ogólnej liczbie drobnoustrojów w jamie ustnej, które przeważnie nieszkodliwie tam bytują. Leczenie ropotoku nie powiedzie się, jeżeli nie uwzględnimy spirochet. Ażeby uniknąć drugorzędnego zakażenia głównie z powodu paciorkowców należy oprócz szczepienia w torebki dziąsłowe zaszczepiać ogólnie czynny antigen streptokokowy, o których to wynikach zadowalających obiecuje autor donieść w następnej pracy.

Jarząb (Lwów).

PROTETYKA.

Karl Rumpel, Berlin: Klinik der Zahnärztlichen Prothese. (ciąg dalszy). Viertelj. für Zahnheilkunde 1927. zeszyt 2. p. 177.

Dostawki półfizjologiczne czyli opierające się na filarach są złożone z dostawki stałej i półstałej. Dostawka stała łączy nieliczne pozostałe zęby np. dwa kły, albo trzonowe za pomocą wzmocnienia strzałkowego i tworzy podstawę, na której opiera się dopiero dostawka stała.

Zęby tworzące filary muszą być należycie pokryte albo koronami, albo też tylko nakrywkami. Obciążenie wyrostka zębodołowego zwykłą dostawką powoduje wczesne i znaczne wchłanianie tkanki kostnej wskutek ucisku, jaki cała dostawka wywiera na podstawę kostną. Natomiast zawieszenie i oparcie takiej dostawki ruchomej na dwuch lub więcej filarach stałych — przeciwdziała temu szkodliwemu uciskowi i umożliwia korzystne rozmieszczenie siły zgryzowej. Resorpcja kości wyrostka zębodołowego

pozbawionego zębów jest wprawdzie nieunikniona, lecz przy dostawce półfizjologicznej następuje nie tak prędko i rozpoczyna się od miejsca najwięcej oddalonego od filara.

Eksperymentalnie przekonano się, że dostawki półfizjologiczne nie wymagały przerobienia nawet po 10—15 latach. Najważniejszą rzeczą jest umocowanie filarów podstawowych. Idealnego usunięcia wszystkich możliwości wychylenia i obrotu oczywiście niema. Należy jednak przeprowadzić możliwie najlepsze umocowanie. Aby dostawka półfizjologiczna była czynnościowo dobrą, należy uwzględnić:

1. stawowe połączenie dostawki stałej z półstałą.
2. przemieszczenie punktu zaczepnego dla wychylenia dostawki na miejsce najbardziej odległe od filara.
3. należyte wzmocnienie filarów między sobą.

Połączenia obu części dostawki półfizjologicznej można podzielić na stałe i ruchome. Połączeniami stałemi będą ćwieki kanałowe i korony teleskopowe. Połączenia ruchome stanowią stawowe łączniki według Roach'a, klamry z nakrywką, klamry z inlay'em i tak zwany staw zatrzaskowy (Kalottengelenk). Za pomocą wzmocnienia stycznego i strzałkowego, można jako filary zużywać nawet części zębów i korzeni i włączać zęby chwiejące. Tak pomyślaną dostawkę można z powodzeniem stosować, jeżeli utrzymane są nieliczne zęby sieczne i przedtrzonowe.

Z zębów dotkniętych schorzeniem parodontalnem należy wielokorzeniowe usunąć, natomiast jednokorzeniowe zęby mogą po wyleczeniu sprawy parodontalnej i po odpowiedniem pokryciu nakrywkami lub koronami być zużyte jako filary, o ile się zastosuje wzmocnienie styczne. Im silniej jest przeprowadzone wzmocnienie reszty zębów, tem połączenie dostawki stałej z niestałą może być mniej ruchome. Jeżeli np. jest w szczęce tylko jeden trzonowiec, to nie należy go zużywać jako filara, lecz raczej po pokryciu koroną tylko jako oparcia dla klamry, gdyby nawet miał przeciwnika. Dla połączenia dwuch części dostawki na szczęce dolnej, jeżeli np. są jeszcze siekacze utrzymane, należy zużywać drut o przekroju 3,5 do 2,5 mm. Drut powinien być oddalony od wyrostka zębodołowego o 1 mm i powinien być tak wygięty, aby nie pokrywał wędzidełka językowego.

Dla szczęki górnej można zamiast płytek złotych stosować płytki stalowe według Hauptmeyera, które nie są droższe od płytek kauczukowych, dobrze przewodzą zimno i ciepło i nie rdzewieją.

Skutecka.

Schalit. Neuer Meat-Obturator zu Bekämpfung der rhinolalia aperta bei Wolfsrachen. (Nowe zatykadło „Meat" do zwalczania rhinolalia aperta przy rozszczepie podniebienia. Z. f. Stom. 1928, zesz. 9, str. 888.

Budowa wszystkich dotąd używanych obturatorów wychodziła z mylnego założenia, że dla wyraźnej wymowy wystarczy odgraniczyć tylko cavum pharyngo nasale od cav. phar. orale, jednakowoż jak wykazał Fröshels dla wyraźnej wymowy ważne jest tylko zamknięcie dróg nosowych meatus nasi.

Schalit opierając się na badaniach Fröschelsa zbudował swój t. zw. meat-obturator w ten sposób, że zrezygnował z odgraniczenia cav. phar. nasale od cav. phar. orale a zamknął wyłącznie same drogi nosowe.

Zatykadło to sporządzone jest z kauczuku twardego w następujący sposób: do dostawki podniebienia twardego przymocowany jest drut, na którym umieszcza się czarną gutaperkę w nadmiarze w tym celu, by służyła ona jako masa wyciskowa dla jamy nosowej, przyczem odgranicza ona jamę ustną od jamy nosowej i od gardzieli. Tak nałożoną dostawkę z gutaperką trzyma pacjent przez kilka minut, przyczem każemy mu wymienić kilka zdań, przez co otrzymujemy zarazem i odcisk funkcyjny brzegów szpary podniebiennej. Po zdjęciu tejże dostawki wiercimy frezą mały otwór w tej masie wyciskowej z gutaperki tylko tej wielkości by dostateczna ilość powietrza dostawała się do obu dróg nosowych i umożliwiała normalne oddychanie nosowe. Następnie tę masę gutaperkową odlewa się w gipsie i wulkanizuje z twardego kauczuku.

W ten sposób usuwa autor rhinolalia aperta przez zamknięcie dróg nosowych. *Chuwis* (Lwów).

ROENTGENOLOGJA — DENTYSTYKA ZACHOWAWCZA.

Stefanides - Graz. Ueber Roentgenkontrolle der Wurzelbehandlung mit Berücksichtigung der medikamentösen Behandlung von Granulomen. (Kontrola roentgenowska leczenia przewodów z uwzględnieniem zachowawczego leczenia ziarniniaków). Z. f. Stom. nr. 2. 1928, str. 146.

Bardzo często zachodzą zęby stawiające leczeniu przewodów trudności nie do pokonania, jak przewody zaczopowane wtórną zębiną i zębiniakami, złamanemi igłami i wiertłami; trudności takich, zwłaszcza w trzonowcach pokonać nie można nawet drogą chirurgiczną i pozostaje jedynie usunięcie danego zęba.

Roentgenogram nie może dać nam obrazu wszystkich zmian okołoszczytowych podczas leczenia, to też nie wykaże subtelnych zmian w ozębnej tak, że zapalenie reakcyjne dające się klinicznie stwierdzić, rzadko jest na zdjęciu widoczne. Zdjęcie roentgenowskie wykazuje niejako z grubsza patologiczne następstwa leczenia przewodów dopiero około 2—3 tygodni po leczeniu, co tłumaczy się roentgenowskim okresem utajenia (Roentgenlatenz).

Roentgenogram wykazuje przy zębach ze zdrową miazgą przestrzeń zębodołową otaczającą powierzchnię korzenia i gąbczastą równomiernie szeroką, jedynie przy otworze szczytowym nieznacznie szerszą. Zmiany w szerokości tej przestrzeni jakoteż zmiany na powierzchni korzeni i w blaszce substancji gąbczastej kości uważać należy za chorobowe. Ponieważ stosunki te i przy zdrowych zębach odbiegają czasem od normy, należy dla uniknięcia pomyłki porównać z zębami sąsiedniemi. Zęby o zakażonej miazdze nie wykazują w obrazie roentgenowskim początkowym żadnych, lub tylko nieznaczne zmiany, jak długo niema zmian zapalnych w ozębnej. To samo odnosi się do wielu przypadków ostrych i przewlekłej zgorzeli bez zapalenia ozębnej, zwłaszcza przy tak zwanej zgorzeli częściowej. Pozatem spotykamy przy zgorzeli większe i mniejsze, ograniczone i o zatartych konturach okołoszczytowe ogniska resorpcyjne. Mają one swój początek przeważnie w nieudatnych leczeniach przewodów.

Podczas gdy w początkowych zdjęciach wyniki mogą być rozmaite, zależne od przyczyn leczenia, to ostateczne zdjęcie każdego skutecznie przeprowadzonego leczenia powinno przedstawiać w przybliżeniu ten sam obraz

okolicy okołoszczytowej, gdyż zachowanie zdrowej i wyleczenie schorzałej tkanki okołoszczytowej z przywróceniem normalnych stosunków, jest celem każdego leczenia. Co się tyczy powikłań występujących przy leczeniu, to wspomnieć należy podrażenienie ozębnej przy leczeniu zębów o zdrowej, niezakażonej miazdze. Tego rodzaju podrażenienie ozębnej uważać należy jako reakcyjne zapalenie po zatruciu miazgi arsenem i po ekstyrpacji, co nie budzi jednak obaw, jak długo nie nastąpiło zakażenie. Unikać należy wtedy forsownego stosowania silnie działających środków, które wzmagają objawy zapalne, a tem samem opóźniają reparację i leczenie przewodów. Prawidłowy przebieg leczenia napotykać może na trudności natury anatomicznej i anormalnej. Zbyt wąskie przewody, za szerokie otwory szczytowe utrudniają leczenie, gdyż przy wąskich przewodach obumarcie i usunięcie miazgi nie jest zupełne, niedostateczne oczyszczenie przewodów, zwłaszcza zakażonych utrudnia sumienne wyjałowienie; za szerokie otwory szczytowe ułatwiają przechodzenie stosowanych środków, miazgociągów, igieł i wierteł poza szczyt. Chemiczne i mechaniczne uszkodzenia wywołują przemijające zmiany i objawy, o ile do uszkodzenia tkanki nie dołączy się jej zakażenie.

Spowodowane okresem roentgenowskiego utajenia przedłużenie leczenia przewodów w wielu przypadkach okazało się korzystne; jak kontrolne roentgenogramy wykazują, spokojne i stosowane we większych odstępach czasu leczenie korzeni wywiera korzystny wpływ na cały tok leczenia, gdyż daje organizmowi czas, sposobność i możność wesprzeć proces reparacyjny. Szczególnie ważne jest to przy leczeniu ziarniniaków. Wprawdzie doświadczenie dziesiątek lat uczy, że często wykluczenie ogniska zakażenia przez gruntowne odkażenie i szczelne wypełnienie przewodów, a następnie wtórne wyleczenie ziarniniaków uzyskać można, jednakowoż bezpieczniejsze i niezawodniejsze jest wypełnienie przewodów po poprzedniem ich wyleczeniu. Wyniki leczenia opierają się na oczyszczeniu i odkażenu przewodów i zadziałaniu formaldehydu na okołoszczytowe ogniska drogą otworu szczytowego. Prócz działania odkażającego w przewodach para formaliny ma działać jeszcze na ognisko okołoszczytowe. Według obserwacyj w 6—10 posiedzeniach można było przy stosowaniu trójkrezolformaliny doprowadzić do zaniku drobne ziarniniaki.

W pierwszem posiedzeniu wprowadzono wkładkę trójkrezolo-formalinową do komory pod szczelnem zamknięciem, w II. i III. posiedzeniu oczyszczono przewody. Nieodzownym warunkiem jest drożność przewodów dla działania par formaliny na ognisko okołoszczytowe. Czasem występuje podczas leczenia bolesność i wrażliwość na dotyk, co uważać należy za objaw drożności przewodu i otworu szczytowego, a tem samem pożądanego działania na ognisko chorobowe. Ziarniniaki z przetokami znikają po 3—4 posiedzeniach. Czas jakiego wymaga leczenie ziarniniaka nie da się określić, podczas gdy niekiedy po 4—5 miesiącach zdjęcie roentgenowskie wykazuje prawie prawidłowe stosunki, w innych przypadkach upływa 10—12 miesięcy aż skutek leczenia wystąpi. Wkładki zmienia się zrazu po 1—2 tygodniach, następnie po 3—4 tygodniach. To zachowawcze leczenie ziarniniaków okazuje się zbawienne zwłaszcza w przypadkach, gdzie uzębienie danego osobnika wykazuje mnogie ogniska szczytowe, dla których obok resekcji korzenia pozostawałoby jedynie usunięcie wszystkich chorych zębów.

Bardaszówna (Lwów).

Ruch w Towarzystwach.

Projekt Statutu Stałej Delegacji Zjazdów Stomatologicznych Polskich [1]).

§ 1. Zjazdy Stomalogiczne polskie mają na celu:

a) Rozbiór zagadnień naukowych i praktycznych z dziedziny stomatologji (dentystyki) oraz nauk pokrewnych z wykluczeniem spraw zawodowych.

b) Dawanie inicjatywy do rozwiązywania zagadnień, wymagających skojarzenia sił naukowych.

c) Popieranie wniosków odnoszących się do rozwoju zakładów naukowych stomatologicznych;

d) Zawiązywanie i wzmacnianie stosunków towarzyskich i naukowych.

§ 2. Zjazdy odbywają się co dwa lata w miastach uniwersyteckich. W latach, w których się odbywają Zjazdy lekarzy i przyrodników polskich łączą się Zjazdy stomatologiczne polskie z temiż Zjazdami, tworząc osobną Sekcję Zjazdów.

Miejsce Zjazdu następnego i czas, kiedy tenże ma się odbyć, oznaczy na każdym Zjeździe uchwała, zapadła większością głosów (zob. § 4).

§ 3. Trwanie każdego Zjazdu oznaczy każdorazowy Miejscowy Komitet Organizacyjny (zob. § 4).

§ 4. Czynności wstępne i przygotowawcze załatwia Miejscowy Komitet Organizacyjny, złożony z osób zamieszkałych w miejscu mającego się odbyć Zjazdu. M. K. O. składa się z przewodniczącego i jego zastępcy, zaproszonych do tej czynności przez Stałą Delegację Zjazdu (zob. § 26) i z członków, których przewodniczący i jego zastępcy przybiorą sobie do pomocy.

M. K. O. ogłosi dzień i miejsce zebrania, oznaczy czas trwania Zjazdu i wysokość opłaty, ułoży i poda do wiadomości powszechnej porządek i rozkład czyności na każdy dzień Zjazdu, urządzenie wycieczek naukowych i przyjęć członków Zjazdu.

a) Pożądanem jest, by z okazji każdego Zjazdu odbyła się Wystawa przemysłowo-stomatologiczna, a co 6 lat także Wystawa naukowo-stomatologiczna. Do urzędzenia tych Wystaw powołuje M. K. O. osobną Komisję.

b) Pożądanem jest również, ażeby podczas Zjazdów stomatologicznych odbywały się pokazy, o ile możności w czasie nie kolidującym z wykładami.

c) Tematy główne Zjazdu oznacza Stała Delegacja i dopomaga M. K. O. w wyborze prelegentów dla tychże tematów. Stworzeniem odpowiednich warunków do odbycia wykładów i pokazów zajmuje się M. K. O.

§ 5. Po ukończeniu Zjazdu, jednak nie później jak w 3 miesiące po Zjeździe M. K. O. składa rachunek i przesyła akta i fundusze Zjazdu na ręce Delegacji, która mu udziela absolutorjum (zob. § 26).

M. K. O. ma również obowiązek przeprowadzenia uchwał Zjazdu z wyjątkiem tych, co do których wyznaczy Zjazd innego wykonawcę.

---

[1]) Projekt powyższy przyjęty został przez „Stałą Delegację“ na posiedzeniach w dniach 2. i 3. lutego 1929 r.

M. K. O. zobowiązany jest także rozesłać po jednym egzemplarzu wszystkich swoich wydawnictw organizacjom stomatologicznym oraz ważniejszym czasopismom zawodowym. Akta wszystkich Zjazdów jako materjał do ich historji będą składane po następnym Zjeździe na razie w archiwum Instytutu dentystycznego Uniwersytetu lwowskiego. Zarząd pozostałych funduszów obejmie Delegacja (§ 26).

§ 6. W Zjeździe stomatologicznym mogą brać udział:

I. jako członkowie zwyczajni:

Lekarze-dentyści i stomatologowie polscy oraz zagraniczni;

II. jako członkowie nadzwyczajni:

a) lekarze wszystkich specjalności;

b) członkowie Zjazdu przyrodników i lekarzy polskich, o ile Zjazd stomatologiczny tworzy Sekcję Zjazdu przyrodników i lekarzy polskich;

III, jako uczestnicy Zjazdu:

a) studenci medycyny, dentystyki i stomatologji, o ile wprowadzeni zostaną przez 2 członków Zjazdu,

b) osoby najbliższej rodziny członków Zjazdu (żona i dzieci).

Technicy dentystyczni nie mogą być ani członkami ani uczestnikami Zjazdu, mogą być jedynie zajęci jako personel pomocniczy przy demonstracjach techniczno-dentystycznych. Wyjątek stanowią ci technicy dentystyczni (techniczki dentystyczne), którzy są członkami najbliższej rodziny (zob. § 6. III b).

§ 7. Członkowie zwyczajni, nadzwyczajni i uczestnicy mają wstęp na otwarcie Zjazdu.

Członkowie zwyczajni i nadzwyczajni biorą udział w obradach naukowych jako referenci i podczas dyskusji. Członkowie zwyczajni mają głos przy uchwalaniu rezolucyj Zjazdów stomatologicznych. Członkowie zwyczajni, nadzwyczajni i uczestnicy otrzymują odznakę zjazdową, biorą udział w urządzeniach towarzyskich Zjazdu, otrzymują programy zjazdowe. — Członkowie zwyczajni otrzymują pozatem te wydawnictwa naukowe, które są objęte wkładką uczestnika.

§ 8. Pragnący być członkami lub uczestnikami Zjazdu winni się zgłosić najpóźniej na dwa tygodnie przed rozpoczęciem Zjazdu do M. K. O. Pożądanem jest jednak, aby zgłoszenia następowały o ile możności wcześniej.

O ile Polski Zjazd Stomatologiczny tworzy Sekcję Zjazdu lekarzy i przyrodników polskich, tylko ci mogą być uważani za zwyczajnych członków Polskiego Zjazdu stomatologicznego, którzy się zgłoszą za pośrednictwem M. K. O. Sekcji stomatologicznej i otrzymają prócz karty uczestnictwa na Zjazd lekarzy i przyrodników polskich, także osobną kartę uczestnictwa na Polski Zjazd stomatologiczny.

§ 9. Każdy członek lub uczestnik winien przesłać razem ze zgłoszeniem opłatę w kwocie, którą M. K. O. oznaczy, na koszty urządzenia Zjazdu i druku wydawnictw, za co otrzyma odpowiednią kartę uczestnictwa.

§ 10. Pragnący zabrać głos w Zjeździe powienien podać M. K. O. na piśmie, najdalej na cztery tygodnie przed rozpoczęciem Zjazdu krótką treść (około 50 wierszy druku) swego wykładu lub wniosku w formie odpowiedniej do druku.

§ 11. Nieobecni członkowie Zjazdu nie mają prawa żądać, aby ich prace były odczytywane na posiedzeniach. Wyjątek pod tym względem ma prawo ustanowić sekcja na wniosek przewodniczącego M. K. O.

§ 12. Goście innej narodowości będą chętnie widziani czy to jako członkowie, czy jako uczestnicy.

§ 13. Do chwili rozpoczęcia Zjazdu M. K. O. zawiaduje wszystkiemi jego sprawami tak administracyjnemi jak naukowemi; przez czas trwania samego Zjazdu te ostatnie należą do Zarządu Zjazdu (§ 18), administracyjne zaś do M. K. O.

§ 14. Obrady Zjazdu odbywają się na posiedzeniach wspólnych lub sekcjach, pokazy w grupach lub sekcjach.

Tematy główne przeznaczone są na posiedzenia główne, tematy na dowolne tematy, w zasadzie na posiedzenia Sekcji, mogą być jednak również postanowione na posiedzenie wspólne.

§ 15. Na pierwszem posiedzeniu oznacza się ilość sekcyj. Na końcowem posiedzeniu uchwala się wnioski naukowe i sprawy ogólnej natury.

Pierwsze posiedzenie ogólne zagaja przewodniczący M. K. O. — pierwsze zaś posiedzenia sekcyjne zagajają gospodarze sekcyj.

§ 16. Na pierwszem posiedzeniu ogólnem czynione będą wnioski co do miejsca i czasu Zjazdu następnego; wybór zaś ostateczny tego miejsca i czasu nastąpi na ostatniem posiedzeniu ogólnem.

W razie gdyby Zjazd w miejscu wybranem nie mógł się odbyć, oznaczy miejsce i czas następnego Zjazdu Delegacja.

§ 17. Wstęp publiczności na posiedzenia Zjazdu nie jest dozwolony. Uczestnicy Zjazdu mają tylko wstęp na otwarcie Zjazdu. Reporterzy prasy codziennej tylko za zezwoleniem głównego przewodniczącego na wniosek przewodniczącego M. K. O.

§ 18. Członkowie Zjazdu obecni na pierwszem ogólnem posiedzeniu wybierają — na wniosek M. K. O. — prezesów honorowych Zjazdu, oraz Zarząd do kierowania obradami i ułożenia sprawozdania Zjazdu. Zarząd ten składa się z prezesa, wiceprezesa i dwóch sekretarzy, którym dodany będzie do pomocy sekretarz M. K. O.

§ 19. Prezes kieruje obradami, czuwa nad porządkiem rozpraw i podpisuje łącznie z sekretarzem pisma w imieniu Zjazdu.

§ 20. Wiceprezes w razie potrzeby zastępuje prezesa w jego czynnościach.

§ 21. Sekretarze spisują protokoły posiedzeń, odczytują i załatwiają sprawy pisemnie i przygotowują do druku sprawozdania z posiedzeń ogólnych.

§ 22. Każda Sekcja wybiera sobie na wniosek gospodarza na każde posiedzenie przewodniczącego i sekretarza, któremu do pomocy dodany będzie sekretarz z ramienia M. K. O. Wolno jednak ponawiać wybór tych samych osób.

§ 23. Na posiedzeniach ogólnych nikt, z wyjątkiem uproszonych prelegentów nie może mówić dłużej nad 5 minut; kto chce mówić dłużej, winien uzyskać zezwolenia Zgromadzenia. Mowy dyskusyjne, które zgłosi się przed rozpoczęciem obrad mogą trwać 10 minut.

W jednym i tym samym przedmiocie nikt więcej nad 2 razy przemawiać nie może.

§ 24. Głosować mogą tylko członkowie zwyczajni. Na posiedzeniach ogólnych uchwały zapadają prostą większością głosów; głosowanie odbywa się jawnie przez podnoszenie ręki.

§ 25. Na posiedzeniach sekcyjnych prelegenci mają prawo mówić 20 minut, na temat główny 40 minut, ewentualnie dłużej, jeżeli referat tego wymaga i jeżeli o tem przewodniczący M. K. O. zostanie powiadomiony przed ostatecznem ułożeniem programu; w dyskusji nikt nie może zabierać głosu więcej jak dwa razy, ani mówić dłużej jak 5 minut.

§ 26. Zjazd wybiera na drugiem posiedzeniu ogólnem, na wniosek Prezydjum Zjazdu i Prezydjum M. K. O. **Stałą Delegację** złożoną z przedstawicieli katedr stomatologicznych, 3 członków wybranych z pośród głównych Organizacyj zawodowych, względnie naukowych, oraz 3 zastępców.

Wniosek co do wyboru 3 członków jako i 3 zastępców stawia przewodniczący Stałej Delegacji po porozumieniu się z reprezentantami głównych organizacyj należących do F. D. I.

Nowo ukonstytuowana Stała Delegacja wybiera zaraz po ustaleniu wyboru nowego przewodniczącego i sekretarza Stałej Delegacji, przyczem sekretarz i przewodniczący powinni być z reguły obierani z tej samej miejscowości.

W razie, jeżeli który z członków Delegacji na posiedzenie przybyć nie może, wchodzi w jego prawa zastępca, powołany przez przewodniczącego Delegacji.

Czynności Delegacji rozpoczynają się z chwilą jej wyboru, po którym niezwłocznie wybierze sobie Delegacja przewodniczącego i sekretarza. Do jej zakresu należy:

1) odebranie rachunków, aktów i funduszów od Delegacji poprzedzającego Zjazdu tudzież od M. K. O. ostatniego Zjazdu, udzielenie obojgu absolutorjum z zarządu funduszami (por. § 5).

2) odebranie sprawozdania co do wykonania uchwał ostatniego Zjazdu;

3) przygotowanie i ogłoszenie referatów Zjazdów (w miarę potrzeby i funduszów) z czynności naukowych oraz rezolucyj ostatniego Zjazdu. Rezolucję Zjazdu przesyła Delegacja główniejszym czasopismom fachowym;

4) zarząd funduszami, które mają być przechowywane w Banku, a będą obracane na ogłaszanie referatów i prac Zjazdów; o ile powyżej podane cele zostaną pokryte mogą być użyte na cele naukowe, wskazane uchwałami Zjazdu (za odpowiednim przekazem, podpisanym przez przewodniczącego i sekretarza Delegacji).

5) Delegacja zdaje sprawę ze swych czynności w publikacjach zjazdowych;

Czynność Delegacyji kończy się z chwilą wyboru Delegacji następnego Zjazdu.

§ 27. Delegacja Stała powinna w porozumieniu z M. K. O. przedewszystkiem starać się o to, ażeby wszystkie streszczenia referatów ukazały się drukiem, a w całej rozciągłości ważniejsze referaty. O ile nie zostanie wydane Sprawozdanie Zjazdu stomatologicznego w osobnej księdze, uwzględni się przy druku życzenie prelegenta co do wyboru pism fachowych, w których się referaty wygłoszone ukazać mają.

§ 28. Projekty zmiany Statutu niniejszego należy wnosić najdalej na cztery tygodnie przed rozpoczęciem Zjazdu do Delegacji, która je z odpowiednim własnym wnioskiem przedstawi Zjazdowi.

Uwagi:

1) Statut powyższy opracował prof. Cieszyński opierając się na Ustawie Zjazdów Lekarzy i Przyrodników Polskich i przedłożył go Stałej Delegacji Zjazdów stomatologicznych na posiedzeniu odbytem w Warszawie w dniu 2. lutego 1929 r.

2) Użyty w Statucie niniejszym termin: „stomatologiczny" oznacza zespół stomatologów i lekarzy-dentystów, względnie sprawy odnoszące się zarazem do stomatologji jako i dentystyki.

(Zobacz protokół z posiedzenia Stałej Delegacji Zjazdów Stomatologicznych z dnia 2. lutego 1929 r.).

3) Projekt Statutu zostanie przedłożony do zatwierdzenia IV. Zjazdowi stomatologicznemu.

W Warszawie, dnia 2. lutego 1929 r.

(—) A. Cieszyński *(—) H. Wilga* *(—) Ujejski*
(—) M. Zeńczak *(—) A. Meissner*

Protokół z posiedzenia Stałej Delegacji Zjazdów Stomatologicznych

odbytego w lokalu P. I. D., w Warszawie, Marszałkowska 151, dn. 2. II. 1929.

O godzinie 11,35 przewodniczący Delegacji prof. Cieszyński (Lwów) otwiera posiedzenie w obecności członków Delegacji: prof. Dra Łepkowskiego (Kraków), prof. Dra Wilgi (Warszawa), prof. Dra Zeńczaka (Warszawa), Lek. Dent. Ujejskiego (Warszawa) — stwierdza nieobecność: Dra Allerhanda (Lwów) (nieobecność usprawiedliwiona), Prof. Dra Meissnera (Warszawa), prof. Dra Mancewicza (Wilno).

Przewodniczący stwierdza prawomocność zebrania i poleca protokołowanie Lek. Dent. Ujejskiemu.

Następnie przewodniczący odczytuje porządek obrad:

1) IV. Zjazd Stomatologów Polskich — praca przygotowawcza — program naukowy etc. Ref. Dr. Mancewicz — sprawa programu Zjazdu.
2) Sprawa Statutu Stałej Delegacji Zjazdów.
3) Uchwała co do funduszów Stałej Delegacji.
4) Wolne wnioski.

Na wstępie przewodniczący proponuje, aby wobec nieobecności Dra Mancewicza — referenta p. 1-go porządku dziennego, — który może jeszcze nadjechać — punkt powyższy odłożyć na koniec obrad.

Obecni propozycję przyjmują.

Przewodniczący odczytuje sprawozdanie Miejscowego Komitetu Organizacyjnego III. Zjazdu Stomatologicznego w Krakowie i zwraca uwagę, że w związku z trzema ostatniemi pozycjami sprawozdania kasowego należy ustalić zasadnicze stanowisko na przyszłość, czy sumami pozostającemi po pokryciu kosztów Zjazdu i Miejscowych Komitetów Organizacyjnych dysponują Miejscowe Komitety czy też Stała Delegacja Zjazdów.

Po dyskusji, w której zaznaczyła się pewna różnica poglądów na sprawę powyższą, polegająca na całkowitem lub częściowem uznaniu w tym

względzie praw Komitetów Miejscowych i Stałej Delegacji — na propozycję przewodniczącego definitywną decyzję odłożono do czasu rozpatrzenia § 6. projektu Statutu Polskich Zjazdów Stomatologicznych, treść którego to paragrafu także traktuje o sprawie powyższej.

Prof. Cieszyński przystępuje do referowania ułożonego przez siebie projektu Statutu Polskich Zjazdów Stomatologicznych.

Na wstępie zaznacza, że kierował się dotychczas jedynie tradycją dotychczasowych Zjazdów i że przystąpił do opracowania Statutu niniejszego, wzorując się na Statucie Zjazdów Lekarzy i Przyrodników Polskich z roku 1907.

W sprawie nazwy Zjazdów powstaje dyskusja czy Zjazdy należy nazywać stomatologiczne, czy też dentystyczne lub lekarsko-dentystyczne.

W dyskusji zabierali głos wszyscy zebrani.

Po przemówieniu prof. Łepkowskiego, wyjaśniającem, że użycie terminu „dentystyczny" byłoby zwężeniem ram kompetencji Zjazdów, jedynie z racji chorobliwych obaw nieistniejących animozyj, antagonizmów lub zwalczania się lekarzy wszech nauk lekarskich i lekarzy-dentystów, postanowiono w końcowych uwagach do statutu wyjaśnić rozumienie terminu „stomatologiczny", jako obejmującego pojęcie „dentystyczny" i w niczem z tem ostatniem nie sprzecznego.

W §§ projektu statutu wykreślono wszędzie słowa dentystyczny, dentystyczne i t. d., a także nazwę „wydział gospodarczy" zastąpiono nazwą M. K. O. (Miejscowy Komitet Organizacyjny).

W § 1 w końcu pkt. a) dodano: „z wykluczeniem spraw zawodowych".

Punkt b) — skreślono.

W pukcie e) skreślono dwa ostatnie słowa: „między współpracownikami".

W § 2 — na początku skreślono słowo (4) „przynajmniej".

W ustępie pierwszym — w końcu — po słowie „tworząc" dodano słowo: „osobną" i po słowie „sekcję" skreślono: „stomatologiczno-dentystyczną".

W § 4 w ustępie pierwszym przed słowem: „delegację" dodano słowo: „stałą" i w ustępie ostatnim skreślono ostatnie zdanie od słów: „Pod tym..."

W § 4 c) drugie zdanie od początku zostało zastąpione zdaniem: „stworzeniem odpowiednich warunków do odbycia wykładu i pokazów zajmuje się M. K. O.", a ustęp drugi tego § skreślono.

W § 5 w ustępie pierwszym przed słowem „akta" dodano słowo: „przesyła".

Przed ustępem drugim dodano: „M. K. O.", a drugie słowo: „On" zastąpiono słowem: „także".

Przed końcem pierwszego zdania słowa: „towarzystwom dentystycznym" zastąpiono słowem: „organizacjom".

W drugiem zdaniu przed słowami: „w archiwum" — dodano słowo: „narazie".

Przed zdaniem następnem dodano zdanie: „M. K. O. ma również obowiązek przeprowadzenia uchwał Zjazdu z wyjątkiem tego, co do których nie wyznaczy Zjazd innego wykonawcy".

W sprawie ostatniego zdania tego § powstaje ożywiona dyskusja co do podziału i dyspozycji sumami, które pozostaną po pokryciu kosztów Zjazdów i M. K. O.

Prof. Cieszyński broni tez statutowych, opierając dowody na potrzebie drukowania prac Zjazdów.

Prof. Łepkowski proponuje pozostawić Delegacji Stałej tylko częściowe prawa do dysponowania pozostającemi funduszami.

Prof. Meissner, który przybywa w czasie dyskusji nad tym paragrafem — przychyla się do zdania prof. Łepkowskiego.

Na wniosek przewodniczącego dyskusja w tem miejscu się przerywa i rozpoczyna się dyskusja nad sprawą remanentu Zjazdu Krakowskiego w związku ze sprawozdaniem kasowem M. K. O. w Krakowie.

Rozpoczyna się dyskusja nad remanentem Zjazdu Krakowskiego .

Bez dyskusji i opozycji przyjęto zwrot funduszów wyasygnowanych przez Delegację Stałą M. K. O. w Krakowie.

Przewodniczący zapytuje czy zebrani uznają subwencje na druk księgi pamiątkowej Zjazdu.

Obecni bez opozycji uznają to, stwierdzając, że w tym względzie poprzednio nie było żadnych tradycyj ani też postanowień i takie stanowisko uważają za tem więcej usprawiedliwione, iż M. K. O. w Krakowie przyjmował na siebie odpowiedzialność za ewentualny deficyt finansowy Zjazdu.

W związku z tą sprawą została poruszona sprawa wyasygnowania pewnej kwoty pieniężnej przez M. K. O. w Krakowie na fundusz naukowy imienia prof. Łepkowskiego.

Prof. Cieszyński obstaje przy ścisłem określeniu czy to w formie oddzielnego statutu czy też regulaminu w jaki sposób należy funduszem powyższym dysponować.

Po przeprowadzonej dyskusji, w trakcie której jednocześnie objęto sprawę całego sprawozdania M. K. O. w Krakowie jako też i sprawę stanowiska przewodniczącego w Stałej Delegacji zajętego wobec Związku Stomatologów Krakowskich, odnośnie do sprawy funduszu naukowego, co do którego p. prof. Cieszyński prosił Zw. Stomatologów Krakowskich o podanie konkretnych wniosków co do dyspozycji tym funduszem — postawione zostały następujące 3 wnioski:

1) Sprawozdanie M. K. O. w Krakowie przyjąć do wiadomości z udzieleniem absolutorjum (prof. Łepkowski);

2) Sprawozdanie M. K. O. w Krakowie przyjać do wiadomości (prof. Wilga);

3) Delegacja Stała Zjazdów Stomatologicznych opierając się na tradycji Zjazdów Przyrodników i Lekarzy i F. D. I. akceptuje stanowisko prof. Cieszyńskiego, zajęte w liście do Stomatologów Krakowskich o podanie konkretnych wniosków co do dyspozycji funduszem naukowym — sprawozdanie w całości przyjmuje i udziela absolutorjum (prof. Cieszyński).

Wniosek drugi zostaje wycofany.

Przewodniczący zarządza głosowanie nad wnioskiem pierwszym.

W wyniku głosowania pierwszy wniosek uzyskuje 4 głosy, przy dwóch wstrzymujących się -- prof. Łepkowski i prof. Cieszyński — co się zaznacza w protokole niniejszym na ich prośbę.

Wobec podanego wyżej przebiegu i wyników głosowania przewodniczący nie zarządza głosowania nad wnioskiem trzecim i poleca zaprotokołowanie, aby został wystosowany list do Zw. Stomatologów Krakowskich o przyjęciu sprawozdania, udzieleniu absolutorjum i z podziękowaniem za poniesiony trud przy organizacji Zjazdu w Krakowie — który to Zjazd dał tak dodatnie wyniki.

Na tem przewodniczący zarządza przerwę objadową w obradach o godz. 2,20 popoł.

Posiedzenie popołudniowe rozpoczęto o godz. 5 min. 5 w tym samym składzie lecz bez prof. Meissnera i prof. Łepkowskiego.

Ostatni swą nieobecność usprawiedliwił.

Wobec rozpatrzenia przed południem tylko pięciu paragrafów Statutu, przyczem sprawy objęte § 5 postanowiono jeszcze raz omówić przy § 26 projektu, — popołudniu przystąpiono do obrad nad § 6.

W §§ 7, 8, 9, 10, 12, 13, 14, 16, 18, 19, 20, 21, 22, 23, 24, 25, 27 i 28 nie poczyniono żadnych zmian.

W § 11 w ostatnim zdaniu wyraz: „gospodarza" — zastąpiono wyrazami: „przewodniczącego MKO".

W § 15 w ostatnim zdaniu słowo: „oddziałowe" zastąpiono słowem: „sekcyjne" i słowo: „oddziałów" — słowem: „sekcji".

W § 17 pierwsze słowo: „przystęp" zamieniono na słowo: „wstęp" i przedostatnie: „gospodarza" na — „przewodniczącego MKO".

W § 26, w pierwszem zdaniu po słowie: „katedr" wyrazy: „dentystyki i stomatologji", zastąpiono wyrazem: „stomatologicznych" i po ostatnich słowach tego zdania dodano: „z tych organizacyj".

Po ostatnich słowach zdania drugiego dodano: „po porozumieniu się z reprezentantami głównych organizacyj należących do F. D. I.".

W ustępie ostatnim tego § przed słowami „wykonania uchwał ostatniego zjazdu" — dodano: „odnośnie sprawozdania co do...".

Po słowach: „czynności naukowych" — dodano: „oraz rezolucje" a po dwóch następnych słowach: „ostatniego Zjazdu" — dodano: „rezolucje Zjazdu przesyła Delegacja głównym czasopismom fachowym".

Następnie dodano: uwagę 2. — Użyty w statucie niniejszym termin „stomatologiczny" oznacza zespół stomatologów i lekarzy dentystów względnie sprawy odnoszące się zarówno do stomatologji jako i do dentystyki.

Na tem o godzinie 7.40 posiedzenie przerwano do dnia następnego do godziny 10.

Dnia 3. II. 1929 r. o godz. 9.46 przewodniczący prof. Cieszyński zagaił dalsze obrady Delegacji Stałej, protokół prowadzi prof. Zeńczak.

W czasie krótkotrwałych obrad obecni upoważniają Prof. Cieszyńskiego do poczynienia stylistycznych poprawek w statucie i ustalenia numeracji paragrafów jego a także do wystosowania listu do Dr. Mancewicza w Wilnie w sprawie organizacji Sekcji Stomatologicznej Zjazdu Lekarzy i przyrodników Polskich.

Po tych uchwałach obrady zostały zamknięte.

(—) A. Cieszyński,
przewodniczący.

(—) A. Ujejski,
sekretarz.

POLSKI KOMITET NARODOWY F. D. I.

Skład Komisji P. K. N. — F. D. I. według protokółu Walnego Zgromadzenia P. K. N. — F. D. I. z dnia 19/V. 1929.

(zob. Pol. Dent. 1929/3 str. 158).

I. Komisja Deontologji:
Dr. Cylkowski, Poznań, ul. Ratajczaka 40. — Gdynia.
Prof. Łepkowski, Kraków, ul. Garncarska 9.
Dr. Drozdowski, Kraków, ul. Lubicz 9.
Dr. Haber, Kraków, ul. Grodzka 32.
Prof. Nussbaum, Warszawa.
Lek. dent. Sachs, Warszawa, ul. Jerozolimska 39.
Lek. dent. Stokowski, Warszawa, ul. Marsz. Focha 8.
Dr. Szafran, Lwów, ul. Akademicka 26.
Dr. Mischke, Zakopane.
Dr. Zabilski, Szopienice, ul. Piłsudskiego 46.

I. a. Podkomisja historyczna:
Prof. Szumowski, Kraków.
Prof. Wrzosek, Poznań[1]).

I. b. Podkomisja almanachowa:

II. Komisja Nauczania:
Prof. Cieszyński, przewodniczący. — Lwów.
Skład — docenci stomatologji i dentystyki:
Prof. Łepkowski, Kraków, ul. Garncarska 9.
Prof. Wilga, Warszawa, ul. Kopernika 12.
Prof. Meissner, Warszawa, ul. Mokotowska 14.
Dr. Zeńczak, Warszawa, ul. Marszałkowska 40.
Dr. Mancewicz, Wilno, ul. Mickiewicza 9.
Lek. dent. Jarząb, Lwów, ul. Kościuszki 3, względnie Poznań, ul. Ratajczaka 14.

III. Komisja dla Badań Naukowych:
Prof. Meissner, Warszawa, ul. Mokotowska 14.
Lek. dent. Jarząb, Lwów, ul. Kościuszki 3, względnie Poznań, ul. Ratajczaka 14.
Dr. Szepelski, Warszawa.
Dr. Cybulski, Warszawa, ul. Humańska 9.
Lek. dent. Goldberg-Górski, Warszawa, Marszałkowska 95.

IV. Komisja Higjeny:
Prof. Wilga, Warszawa, ul. Kopernika 12, wybrany dawniej.
Lek. dent. Ignatowiczowa, Warszawa.
Dr. Kopczyński, Naczelnik Wydziału Higjeny, Wych. fizycznego, Min. Oświaty, Bagatela 12.
Dr. Atlas, Lwów, ul. Kochanowskiego 11.
Dr. Nacher, Lwów, ul. Jagiellońska 24.
Dr. Podwiński, Kraków, Aleja Słowackiego 36.

---

[1]) Na wniosek grupy lwowskiej P. K. N. z d. 4. IX. 1929.

Dr. Skutecka, Poznań, pl. Nowomiejski 7.
Lek. dent. Kranz, Poznań.
Lek. dent. Gondzik, Królewska Huta, ul. Sobieskiego 6.
Lek. dent. Dobrowolski, Bydgoszcz, pl. Teatralny 3.
Lek. dent. Bobrowska, Wilno, Zarzecze 16/17.

V. Komisja Mianownictwa dent. i Dokumentacji:
Dr. Allerhand, Lwów, ul. Kopernika 11.
Lek. dent. Krakowski, Warszawa, Rymarska 8.
Prof. Kryński, Warszawa.

Protokół posiedzenia P. K. N. — F. D. I. z dnia 2/VII. 1929.

Obecni: Prof. Cieszyński i Dr. Atlas.

Prof. Cieszyński oświadcza, że z powodu złego stanu zdrowia, nie może wyjechać w tym roku do Utrechtu na posiedzenie F. D. I. — Uchwalono wobec tego wysłać pisemne wnioski delegata na Polskę Prof. Cieszyńskiego na ręce Komitetu Wykonawczego F. D. I. Wnioski dotyczą: 1) Wydania prac wysłanych na kongres w Filadelfji a niewygłoszonych osobiście, któreto prace nie zostały opublikowane.

2) Wydania dodatkowego indeksu rzeczowego i personalnego dla dotychczas ogłoszonych w biuletynie prac.

3) Zniżenie wkładki do F. D. I. dla krajów o niskiej walucie, celem umożliwienia przystąpienia większej ilości członków.

4) Umieszczenie w spisie nazwisk członków z pełnym tytułem i adresem.

Wnioski ma opracować Prof. Cieszyński.

Następnie uchwalono wysłać cyrkularz do polskich członków F. D. I. a to do Kol. Lubczyńskiego, Muszyńskiego, Perlińskiego, Allerhanda, Schnapper i Schwarza (w Łodzi, ul. Kilińskiego) — z wezwaniem do uiszczenia składki do F. D. I. za rok bieżący z tem, że w razie nieuiszczenia składki, powinni Koledzy wystąpić z F. D. I. — ponieważ na zebraniu odczytują nazwiska niepłacących, co jest połączone z ujemną opinją o Polsce.

Następnie uchwalono zawiadomić F. D. I. o śmierci Kol. Reichensteina.

Zawiadomienia zostaną rozesłane przez sekretarza PKN—FDI.

Odczytano list Kol. Działoszyńskiego z Katowic i uchwalono odpowiedź poruczyć Kol. Atlasowi.

Na tem posiedzenie zamknięto.

Dr. Karol Atlas, sekretarz. — *Prof. A. Cieszyński*, przewodniczący.

Delegacja polska a Zjazd F. D. I. w Utrechcie.

Ponieważ jako delegat na Polskę nie mogłem w tym roku wziąć udziału w Zjeździe dorocznym F. D. I. w Utrechcie, przesłałem pismo, zawierające wytłumaczenie mej nieobecności i szereg wniosków, podanych poniżej.

Lwów, dnia 16. lipca 1929.

Do Pana Przewodniczącego Komitetu Wykonawczego F. D. I.
na ręce:
Pana Prof. Dr. G. Villain
45 rue de la Tour d'Auvergne, Paryż.

Żałuję bardzo, że stan mego zdrowia nie pozwala mi w tym roku wziąć udziału w obradach F. D. I. w Utrechcie.

Proszę w imieniu Kolegów-Polaków, których jest około 3.000 — i w mojem własnem wyrazić zebraniu życzenia owocnych obrad.

Zechce Wielce Szanowny Pan Kolega przyjąć
wyrazy głębokiego poważania
Prof. A. Cieszyński, delegat na Polskę.

1. Wnioski dla Komisji Prasowej.

Wydział Wykonawczy raczy uchwalić wydanie uzupełnienia „Rozpraw" kongresu w Filadelfji. Tamże mają być wydrukowane rękopisy referatów przedłożone poszczególnym sekcjom przed kongresem, a nie wygłoszone w sekcjach podczas kongresu.

Uzasadnienie. Jak wiadomo, przesłano bardzo cenne prace, mianowicie z krajów, z których autorowie z powodu bardzo wysokich kosztów do Filadelfji przybyć nie mogli, jakkolwiek zgłosili swój udział w kongresie i składkę członkowską uiścili.

2) Uzupełniający tom zawierać powinien również wykaz alfabetyczny treści ażeby łatwo odnaleźć można odnośne tematy, wydrukowane w „Rozprawach" oraz wykaz alfabetyczny autorów.

Uzasadnienie. Dotychczasowy wykaz wedle sekcyj jest niedostateczny, z powodu braku przejrzystości; użycie zebranego w „Rozprawach" materjału do prac naukowych napotyka z tego powodu na wielkie trudności.

3) Obrady kongresu międzynarodowego są publikacjami F. D. I., dlatego też należy w przyszłości wprowadzić w „Rozprawach" system dokumentacyjny międzynarodowy dla poszczególnych wykładów i demonstracyj.

2. Wnioski dla Komisji Nauczania.

Wydział Wykonawczy raczy uchwalić wysłanie od F. D. I. pisma do Ministerstwa Oświaty i Prezydjum Rady Ministrów w Polsce (Warszawa) z prośbą, by stosownie do ogłoszonego Rozporządzenia Ministerstwa z dnia 7. I. 1922 §. 10. wprowadzono stopień doktora dentystyki w „Państwowym Instytucie Dentystycznym" w Warszawie i by wydano odpowiednie rozporządzenia.

Następnie aby F. D. I. zwróciła w piśmie uwagę na to, że wskazane jest, by „Państwowy Instytut Dentystyczny" uzyskał pełne prawa akademickie, zwłaszcza, że od kandydatów wymaga się świadectwa dojrzałości z gimnazjum i czteroletniej nauki w Państwowym Instytucie

Dentystycznym pod kierunkiem profesorów uniwersytetu i odpowiednio wykształconych sił nauczycielskich.

Uzasadnienie. Dążenia i starania w tym celu profesorów Państwowego Instytutu Dentystycznego w Warszawie, profesorów stomatologji Uniwersytetów, podań studentów i absolwentów Instytutu, uchwały kongresów stomatologiczno-dentystycznych w r. 1923 i 1925, dotychczas nie doprowadziły do wprowadzenia stopnia doktora na podstawie wydanego Rozporządzenia ministerjalnego. O tytuł doktora kompetować może około 900 lekarzy-dentystów, którzy ukończyli studja w Państwowym Instytucie Dentystycznym w Warszawie od 1919 — 1929 r.

Na przeszkodzie stoją następujące momenty:

1) Wydziały lekarskie są po części przeciwne tytułowi dr. med. dent., gdyż są jedynie zwolennikami stopnia dr. med.

2) Włączenie Państwowego Instytutu Dentystycznego do Wydziału lekarskiego uniwersytetu w Warszawie do dziś nie nastąpiło, a Instytut Dentystyczny zachowa prawdopodobnie jeszcze przez szereg lat swe samodzielne stanowisko. Odpowiednie pismo F. D. I. jako wyraz ogólnej opinji wszystkich lekarzy-dentystów świata uzyska prawdopodobnie to, czego my lekarze-dentyści i stomatologowie w Polsce osiągnąć nie możemy.

Korzystnem byłoby podkreślić w piśmie, że tytuł dra med. dent. już oddawna istnieje w Ameryce, Niemczech i Szwajcarji oraz, że wprowadzenie tegoż tytułu w wspomnianych krajach przyczyniło się wybitnie do podniesienia poziomu wiedzy i znaczenia stanu lekarzy-dentystów. Tem bardziej pożądane jest to w Polsce, gdzie uprawnieni technicy dentystyczni mają wedle Ustawy z r. 1927. prawo wykonywania całego leczenia dentystycznego z wyjątkiem leczenia chorób jamy ustnej.

3. Wnioski dla Komisji Dokumentacji.

Rozprawy Międzynarodowych Kongresów dentystycznych są publikacjami F. D. I., dlatego też w przyszłości należy wprowadzić we wszystkich publikacjach system dokumentacyjny międzynarodowy tak odnośnie do poszczególnych wykładów jak i demonstracyj.

Propagandy F. D. I. i §. 13. Statutu.

Dla krajów rozporządzających niską walutą powinna być na skutek osobnego wniosku i uchwały Wydziału Wykonawczego wprowadzona zniżka składek w stosunku do wartości pieniądza w kraju.

Uzasadnienie. Obecna wysokość składki członkowskiej jest tak znacznem obciążeniem dla krajów o niskiej walucie, że wstrzymuje wielu lekarzy-dentystów od zamiaru zgłoszenia się na zwyczajnego członka F. D. I.

Przykład. W Polsce odpowiada 1 dolar w sile kupna w kraju 18 złotym, według kursu natomiast 8.90 zł; wartość więc dolara w kraju jest podwójna.

Prof. A. Cieszyński, **Delegat do FDI. na Polskę.**

Powyższe wnioski zostały wysłane w języku francuskim i niemieckim.

Sprawozdanie półroczne z czynności Zarządu Rady Centralnej za pierwsze półrocze 1929.

Wskutek uchwalonego wniosku na Zjeździe R. C. w sprawie niewłaściwego składu komisji egzaminacyjnej dla techników dentystycznych b. zaboru austrjackiego i pruskiego, Delegacja Rady Centralnej uzyskała od Dyrektora Dep. Sł. Zdr. przyrzeczenie ustanowienia komisji egzaminacyjnej lotnej, w skład której weszli prof. Wilga i Dr. Jankowski pod przewodnictwem Dra Głuszkiewicza z ramienia Departamentu jako przewodniczącego.

Pewna grupa techników podała prośbę do Sejmu o znowelizowanie ustawy z 10/6 27 popartą podpisami kilkunastu posłów P. P. S.

Marszałek Sejmu bez czytania na plenum skierował ową prośbę do Komisji Sejmowej Zdrowia dla wydania w tej sprawie swej opinji.

Zarząd R. C. zabiegał u posłów, w skład komisji Zdrowia wchodzących, uświadomienie ich o istocie sprawy, jakoteż o niewłaściwości i szkodliwości żądań techników. Poza tem zarząd wystosował obszerny memorjał do pp. Posłów i do zainteresowanych czynników rządowych i wyłonił w tejże sprawie delegacje do Dyrektora Dep. Służby Zdrowia.

W rezultacie wniosek o nowelizacji Rozporządzenia Prezydenta podany przez techników jednomyślnie upadł.

Wobec projektu rządowego podwyższeniu o 100% komornego na rozbudowę miast, któryby cały ciężar tego podatku nałożył na ludność miast, a najbardziej stolicy, a dotknąłby najwięcej przedstawicieli wolnych zawodów, Zarząd R. C. wysłał do Pana Prezydenta Rzp., do Marszałków Sejmu i Senatu, jak również do Przewodniczącego Rządu telegraficzny protest w brzmieniu następującem: „Rada Centralna Zrzeszeń Stomatologów i Lekarzy Dentystów Rzp. Pol. gorąco protestuje przeciwko projektowi podwyższenia komornego na cele rozbudowy, gdyż ten zrujnowałby egzystencję i tak już zpauperyzowanej pracującej inteligencji".

W sprawie podatków obrotowego i dochodowego, które są stale przez Komisje Szacunkowe podwyższane, udała się delegacja w osobach Prezesa i kol. Germana do Dyrektora Departamentu podatków i opłat skarbowych z memorjałem, przez prawnika opracowanym, żądając zniesienia ewentualnie zniżenia do 1% podatku obrotowego i mianowania do Komisji Szacunkowej i odwoławczej Lekarzy Dentystów. Delegaci otrzymali przyrzeczenie Dyrektora poparcia ich żądań.

Delegacje w osobach kol. Mokrzyckiego, Sachsa i Germana udawały się w sprawie przepisywania leków przez Lekarzy Dentystów, oraz o ulgi w uzdrowiskach rządowych lecz dotąd sprawy te definitywnie załatwione nie zostały.

Zarząd R. C. wystąpił do zarządu Kas chorych z protestem przeciwko zatrudnianiu w zębolecznictwie techników dentystycznych ze skutkiem dodatnim. W tym celu Zarząd delegował kol. Neufelda i Perlińskiego do Głównego Urzędu Ubezpieczeń Ministerstwa Pracy i Opieki Społecznej.

W celu utworzenia Kasy Wzajemnej Pomocy dla R. C. Zarząd delegował kol. Prezesa, kol. Wiceprezesa oraz kolegę Germana dla zajęcia się tą sprawą. Komisja powyższa postanowiła przedewszystkiem połączyć obie kasy funkcjonujące w Warszawie, t. j. Kasę wzajemnej pomocy Odontologów Polskich oraz Kasę Wzajemn. Pomocy Lekarzy Dentystów Chrześcijan.

Po kilkakrotnych zebraniach komisji i opracowaniu statutu obie organizacje połączyły się pod nazwą: „Stowarzyszenie Wzajemnej Pomocy Lekarzy Dentystów Rzpp.“, pod przewodnictwem kol. Germana.

Zarząd R. C. w poruszonej sprawie utworzenia Izby Dentystycznej postanowił ją przedstawić wraz z odpowiednim memorjałem na Zjeździe Delegatów R. C. w dniu 11 sierpnia r. b. Pracę tę poruczono kolegom: Essigmanowi, Mokrzyckiemu i Neufeldowi.

Zarząd na początku urzędowania opracował poprawki do statutu i zajął się zatwierdzeniem ich. Opracował również kilka punktów do regulaminu wewnętrznego, które postanowił przedłożyć Zjazdowi Delegatów do zatwierdzenia.

Stowarzyszenie Wzajewnej Pomocy Lekarzy Dentystów Rzeczypospolitej Polskiej.

Warszawa, ul. Marszałkowska Nr. 99, m. 3.

Nadzwyczajne walne zebranie członków Kasy Wzajemnej Pomocy Lekarzy Dentystów Chrześcijan i Kasy Wzajemnej Pomocy Odontologów Polskich, odbyte w dniu 27-go czerwca r. b. uchwaliło i zatwierdziło połączenie obu Kas w jedną instytucję pod nazwą „Stowarzyszenie Wzajemnej Pomocy Lekarzy Dentystów Rzeczypospolitej Polskiej“, oraz uchwaliło statut Stowarzyszenia.

Według uzupełniających wyborów weszli do Zarządu koledzy: Stefan Żegański jako wiceprezes (2-gi), Henryk Lubodziecki jako sekretarz (2-gi), i Adolf Kellerman jako członek Zarządu.

Na następców koledzy: Bronisław Kamiński i Kazimierz Szapiro.

Do sądu koleżeńskiego weszli jako zastępcy: kolega Władysław Dobko-Dobkowicz i koleżanka Paulina Chrystowska.

Cele Stowarzyszenia obejmują: 1) udzielanie pożyczek, 2) odszkodowanie za czas choroby (do 42 dni w roku) w wysokości po 10 zł dziennie. (Najpóźniej w 3-cim dniu choroby Zarząd powinien być o takowej powiadomiony — § 24 statutu). 3) wypłacenie prawnym spadkobiercom ubezpieczenia z funduszu pozgonnego, stanowiącego iloczyn zł 10 przez ilość członków. Nadto tańsza pomoc lekarska, oraz ułatwienia dyskontowania weksli, otrzymanych od pacjentów.

Wszelkie składki wpłacać należy na ręce skarbnika Stowarzyszenia kol. S. Bergora, Warszawa, Nowolipie 6, tel. 264-35, 6—8 wiecz. lub do P. K. O. na konto czekowe 12.828.

Inkasent zgłosi się raz jeden, przyczem zalicza się 10% kosztów za inkaso.

Składka roczna wynosi zł 50.— płatna kwartalnie po zł 12 gr 50.

Po zatwierdzeniu przez odnośne władze, statut będzie rozesłany Kolegom.

Związek Stomatologów w Paryżu.

Posiedzenie dnia 18. czerwca 1929.

Chompret, Crocquefer, Chapord: **Zniekształcenie dotyczące połączenia łącznotkankowego korzeni i koron, siekaczy górnych wielkich i małych.** Prelegenci przedstawiają zaburzenia rozwojowe siekaczy

górnych w kształcie rowka wzdłuż osi zęba, sięgającego do szczytu korzenia. Wiązadło zębowe nakrywa rowek w kształcie tunelu. Zniekształcenie to jest następstwem ropnia okołoszczytowego i występuje szczególnie często przy ostrych i przewlekłych zapaleniach wiązadeł.

Pryol: **Przypadek podostrego zapalenia szpiku kostnego żuchwy, w związku z zachorzeniem błony śluzowej w obrębie zęba mądrości.** Przypadek przypomina chorego przedstawionego przed rokiem; było to zapalenie szpiku kostnego szczęki górnej, które wystąpiło dopiero po usunięciu zęba mądrości.

D'Herelle: **Objawy bakterjofagji według ogólnych poglądów na naukę o bakterjofagji.** D'Herelle przypomina kilka przypadków klinicznych, których wyleczenie wyraźnie poprzedza występowanie i wydajna praca swoistych niweczników.

Raiga: **Leczenie ropowic pochodzenia zębowego według zasad bakterjofagji d'Herelle'a.** Autor przedstawia 7 przypadków zachorzenia ostrego okołoszczytowego, leczonych surowicą. Przypadki wyleczyły się w 11, 19, 11, 15, 10, 6 i 4 dniach.

Dechaume: Autor nadmienia, że te środki obronne nie są gorsze od wcześnie nabytych, przy równoczesnem zastosowaniu prawdziwej higjeny jamy ustnej, jak tego uczył nasz mistrz Chompret.

Dr. Crocquefer (tł. Skutecka).

Posiedzenie dnia 16. lipca 1929.

Mesnard i Ferrand: **Przypadek przerostu wyrostka zębodołowego szczęki górnej** u dziecka 6 i pół letniego w kształcie znacznego zgrubienia brzegów kostnych. Odlew szczęki wykazuje znaczny przerost; cztery zęby stałe, dwa trzonowce prawe stałe i dwa trzonowce lewe stałe doznały obrotów. Przesuwając palec wzdłuż dziąseł wyczuwać można zawiązki zębów stałych niewykłutych. Rodzice pacjenta zauważyli to zaburzenie kostne zaraz po urodzeniu, zniekształcenie powiększało się coraz znaczniej aż do 4 roku życia; stan obecny jest nieomal zahamowany w dalszym wzroście. Nie ma zachorzenia gruczołów limfatycznych; ramiona wstępujące szczęki górnej są prawidłowe. Badanie na odczyn Wassermanna wypadło ujemnie. Wywiady w kierunku dziedziczności nie wykazały też nic szczególnego. Dziecko nie wykazuje żadnej nieprawidłowości anatomicznej. Z początku myślano o Leontiasis ossea, która odznacza się stale postępującem, utajonem zwiększanem się kości czaszki i szczególnie dotyczy ramion wstępujących szczęki górnej. Odcinki te jednak w tym przypadku nie były rozrostem objęte. Radiogramy porównane z filmami przedstawionemi przez Ruppe'a w La Presse Medicale z 1929 r. nie wykazują ani obrazów „kłaczkowatych", ani też plam ciemnych. Obraz roentgenologiczny wykazuje tkankę kostną prawidłową i obecność wszystkich zębów.

Zastępca profesora Olivier: **Droga nerwu żuchwowego wewnątrz przewodu u człowieka.** Opierając się na licznych sekcjach, dochodzi autor do wniosków, które różnią się z danemi klasycznemi. Wyrostek Spit'a nie może być przeszkodą dla znieczulenia przewodowego. Ujście górne przewodu w kości żuchwowej nie jest okrągłym otworem, lecz podłużną szczeliną. Przewód sam jest albo zupełnie drożny, albo też wykazuje przegrody.

Pierwszy rodzaj odpowiada typowi klasycznemu; nerw żuchwowy tworzy silny pień, który oddaje odgałęzienia dochodzące do korzeni zębowych; przez otwór w brodzie opuszcza nerw przewód kostny i tworzy liczne rozgałęzienia końcowe. Tak bywa w 60 przypadkach na 100.

Drugi typ zachodzi w 40 przypadkach na 100. Nerw żuchwowy dzieli się od samego początku na 2 części. Jedna część nerwu oddaje odgałęzienia do korzeni zębowych, a druga część nie oddaje żadnych odgałęzień podczas swego przebiegu przez przewód kostny w żuchwie i dopiero dzieli się po przejściu przez otwór w brodzie.

Chompret, Croquefer, Dechamue i Chaput: **Zastosowanie noża chirurgicznego diatermicznego w stomatologji.** W barzdo wielu przypadkach zachorzeń w jamie ustnej, szczególnie przy wycinaniu przerostu błony śluzowej, epulis i t. d. stosuje się nóż chirurgiczny diatermiczny. Pod krzesłem pacjenta należy umieścić eletrodę obojętną. Powtórne operacje są prawie niepotrzebne, blizny są miękkie, ciągliwe. Używać można albo igły albo lancy, którą pracować można jak łyżeczką ostrą. W wielu przypadkach wybiera autor raczej nóż diatermiczny aniżeli nóż zwykły lub galwanokauter.

Dr. Vilenski (tł. Sk.)

Zjazdy naukowe.

XIII. Zjazd Lekarzy i Przyrodników Polskich w Wilnie.

Program Zjazdu.

Środa dnia 25 września 1929 roku.

Godzina 20. Koleżeńskie zebranie dla wzajemnego zaznajomienia się Członków Zjazdu w lokalu Kasyna Wijskiwego przy ul. Mickiewicza 13. Wybór mówców generalnych z pomiędzy oficjalnych Delegatów Towarzystw i Instytucyj naukowych na uroczyste otwarcie Zjazdu.

Czwartek dnia 26 września r. b.

Godzina 9. Nabożeństwo w Kościele św. Jana.

Godzina 9. m. 45. Otwarcie Zjazdu w Wielkim Teatrze Miejskim na Pohulance.

a) Zagajenie (przewodniczącego Komitetu organizacyjnego).
b) Wybór rzeczywistego Prezydjum Zjazdu i Prezesów Honorowych.
c) Przemówienie Przewodniczącego Zjazdu.
d) Lista oficjalnych Delegatów i nadesłane życzenia (odczytuje Sekretarz Generalny).
e) Przemówienie przedstawicieli Rządu i Miasta, Towarzystw Naukowych i Zrzeszeń Przyrodniczych i lekarskich.
f) Przemówienia Delegatów zagranicznych.
g) Sprawozdanie Delegacji stałej Zjazdów Lekarzy i Przyrodników Polski (Prezes Delegacji).
h) Wykład prof. Dra Leona Marchlewskiego z Krakowa pod tytułem: Przemiana materji w ustroju zwierzęcym a roślinnym.

Godzina 12. m. 30. Złożenie wieńca na grobie poległych powstańców w walce o niepodległość na górze Zamkowej.

Godzina 13. Zwiedzenie Wystawy przyrodniczo-lekarskiej na placu powystawowym (Ogród Bernardyński).

Godzina 14—16. Przerwa obiadowa.

Godzina 16—19. Posiedzenia w sekcjach naukowych.

Godzina 21. Raut wydany z okazji Zjazdu przez Prezydenta m. Wilna w Sali Miejskiej przy ul. Ostrobramskiej Nr. 1. Strój wieczorowy.

Piątek dnia 27 września r. b.

Godzina 9. m. 45. Posiedzenie plenarne w Wielkim Teatrze Miejskim na Pohulance: Wykład prof. Dr. Emila Godlewskiego z Krakowa p. t.: „Starość i śmierć, jako zjawiska biologiczne".

Godzina 11—14. Posiedzenia w sekcjach naukowych.

Godzina 14—16. Przerwa obiadowa.

Godzina 16—19. Posiedzenia w sekcjach naukowych.

Godzina 20. Przedstawienia w Teatrach Miejskich:

a) W Wielkim Teatrze Miejskim na Pohulance: „W sieci" Kisielewskiego.

b) W Teatrze Polskim Lutnia, przy ul. Mickiewicza 6.: „Wielki człowiek do małych interesów". Al. Fredry.

Sobota dnia 28 września r. b.

Godzina 8. m. 30. — 9. m. 45.: Posiedzenie plenarne w Wielkim Teatrze Miejskim:

a) Wybór Delegacji stałej Zjazdów na następne czterolecie.

b) Wykład prof. Eugenjusza Piaseckiego z Poznania p. t.: „Biologiczne podstawy wychowania fizycznego".

c) Wykład prof. Dr. Wojciecha Świętosławskiego z Warszawy p. t.: „Zadania i obowiązki pracownika naukowego względem Państwa i społeczeństwa".

Godzina 10—14. Posiedzenia w sekcjach naukowych.

Godzina 14—16. Przerwa obiadowa.

Godzina 16—19. Posiedzenia w sekcjach naukowych.

Godzina 19. Posiedzenie nowoobranej Delegacji stałej.

Godzina 21. Bankiet składkowy w Kasynie Wojskowem przy ul. Mickiewicza 13.

Niedziela dnia 29 września r. b.

Godzina 9. Nabożeństwo w Ostrej Bramie.

Godzina 9. m. 45. Posiedzenie plenarne w Sali Miejskiej przy ul. Ostrobramskiej 5.

a) Uczczenie 50-lecia śmierci Józefa Mianowskiego. Odczyt, poświęcony Jego pamięci, wygłosi prof. Adam Wrzosek z Poznania.

b) Oznaczenie miejsca Przyszłego Zjazdu.

c) Uchwalenie wniosków, przedłożonych Ogólnemu Zgromadzeniu przez Delegację stałą i poszczególne sekcje.

d) Wykład prof. Dr. Witolda Nowickiego ze Lwowa p. t.: „Zagadnienia choroby raka w nauce i życiu społecznem".

e) Zamknięcie Zjazdu (Przemówienie przewodniczącego Zjazdu).

XXII. Sekcja Stomatologji [1]) czyli IV. Polski Zjazd Stomatologiczny w Wilnie od 26 do 29 września 1929 r.

Przewodniczący: Dr. Med. E. Mancewicz. Sekretarz: A. Mikulski.

Posiedzenie I.

Czwartek 26. września, godzina 16—19.

1. Prof. A. Cieszyński (Lwów): Choroby okolicy przyzębnej a ustrój (temat główny, z pokazami przeźroczy).

2. Prof. H. Wilga (Warszawa): Najpewniejszy sposób leczenia korzeni zgorzelinowych dla przeciętnego praktyka (temat główny).

3. Lek. dent. A. Mokrzycki i Dr. med. T. Bartoszek (Warszawa): Zmiany w tkankach okołozębowych u chorych zmarłych na ostre choroby gorączkowe. (Praca ze szpitala zakaźnego im. Św. Stanisława w Warszawie).

Posiedzenie II.

Piątek 27. września. Godzina 11—15.

Sala wykładowa Zakładu Anatomji Opisowej, Słowackiego 15.

1. Prof. H. Wilga (Warszawa): Komplikacje w jamie ustnej po tyfusie plamistym (z pokazami przeźroczy).

2. Prof. A. Cieszyński (Lwów): Historja i przegląd krytyczny operacji resekcji korzenia po 23-letniem doświadczeniu (z pokazami).

3. Zast. Prof. Lek. dent. J. Jarząb (Lwów): Kliniczne, roentgenologiczne, anatomo-patologiczne i bakterjologiczne wyniki badań zębów po odcięciu wierzchołka korzenia (z pokazami).

4. Lek. dent. J. Gombiński (Warszawa): Spostrzeżenia kliniczne i histopatologiczne nad ziarniniakami okołowierzchołkowemi (56 przypadków.

Przerwa 10 minut.

5. Dr. C. F. Geyer (Berlin): Wykonanie kompletnej protezy według Prof. Gysi'ego (film naukowy, trwający około 1 godziny). Tłómaczy referat Dr. H. Allerhand.

Posiedzenie III.

Piątek 27 września. Godzina 16,30 — 19,30.

1. Prof. A. Meissner (Warszawa): Metody zachowawcze miejscowe i ogólne leczenie spraw parodontalnych i ich ocena (temat główny).

2. Prof. A. Cieszyński (Lwów): Mój sposób leczenia zachowawczego spraw parodontalnych (z pokazami).

3. Dr. med. E. Mancewicz (Wilno): Leczenie spraw parodontalnych z zastosowaniem lampy kwarcowej i prądów d'Arsanwala.

Posiedzenie IV.

Sobota 28. września. Godzina 11—15.

Sala wykładowa Anatomji Opisowej, Słowackiego 15.

1. Dr. A. Bardaszówna (Lwów): Przepuszczalność wypełnień tymczasowych w świetle badań bakterjologicznych i barwikowych (z pokazami epidjaskopem).

---

[1]) Powyższy program, nadesłany Redakcji „Polskiej Dentystyki" dnia 11-go września ulec może jeszcze pewnym zmianom.

2. Dr. C. F. G e y e r (Berlin): Zdjęcia roentgenologiczne przy leczeniu korzeni (z pokazami).

3. Dr. M. J a n k o w s k i (Lwów): Wartość fizjologiczna mostków i dostawek ruchomych (z pokazami epidjaskopem).

Przerwa 10 minut.

4. Dr. E. M a n c e w i c z (Wilno): Zatoki szczękowe w świetle badań anatomicznych (z pokazami odlewów pneumatyzowanych części nosowo-czołowo-szczękowych głowy człowieka (z przeźroczami).

5. Lek. dent. J. G o m b i ń s k i (Warszawa): Ząb w zębie (demonstracja przypadku z mikroprojekcją).

Posiedzenie V.

S o b o t a 28. września. Godzina 17—19.

1. Lek. dent. J. L i g ę z a (Inowrocław): W sprawie wprowadzenia i ustalenia w kasach chorych notowań chorób jamy ustnej i zębów.

2. Lek. dent. J. L i g ę z a (Inowrocław): W sprawie uwzględnienia szczegółowego umieszczenia w statystyce międzynarodowej chorób zębów i jamy ustnej.

3. Dr. C. F. G e y e r (Berlin): Praktyczna demonstracja zdjęcia zlepków czynnościowych.

4. Lek.-Dent. M. S ł o w e s (Wilno): O zastosowaniu ampułek cylindrycznych w praktyce dentystycznej (z demonstracją).

5. H e r m a n n Comp. (Wiedeń): Demonstracja przyrządów.

Zamknięcie posiedzeń.

Za komitet miejscowy organizacyjny: *Dr. E. Mancewicz.*

Posiedzenie Stałej Delegacji Zjazdów Stomatologicznych i Walne Zgromadzenie Polskiego Komitetu Narodowego F. D. I. odbędzie się podczas Zjazdu w czasie, który będzie jeszcze ogłoszony podczas Zjazdu.

Na I. posiedzeniu IV. Zjazdu Stomatologicznego będzie dokonany wybór komisji statutowej, która zajmie się opracowaniem ew. poprawek projektu Statutu Polskich Zjazdów Stomatologicznych. — Przyjęcie statutu nastąpi na ostatniem posiedzeniu Zjazdu.

A. Cieszyński.

Wiadomości bieżące.

De Trey'a. W y s t a w y i d e m o n s t r a c j e o d b ę d ą s i ę w n a s t ę p u j ą c y c h t e r m i n a c h:

Warszawa: w lokalu firmy „Edeco", Św. Krzyska 28.: 14, 15, 16 i 17 września 1929.

Wilno: w lokalu Wystawy XIII Zjazdu Lekarzy i Przyrodników Polskich 26, 27, 28 i 29 września 1929.

Lwów: w sali Instytutu Technologicznego, ul. Boularda 5. 9, 10, 11 i 12 października 1929.

Lublin: w sali Towarzystwa Muzycznego, ul. Kapucyńska 18, 19 i 20 października 1929.

Kraków: w Hotelu Sala Bolońskiego — Pałac Spiski — Rynek 34 26, 27 i 28 października 1929.

Katowice: w Hotelu Monopol 1, 2 i 3 listopada 1929.

Przegląd piśmiennictwa.

DENTAL ITEMS OF INTEREST. 49. 1927.

Nr. 10.

Gillett, Irving. Złote wkładki sposobem pośrednim.
Merritt. Patologja, etjologja i leczenie ropnej periodontoklazji.
Pollia. Zasady roetgenologji dentystycznej.
Berger. Zasady i technika usuwania zębów.
Kennedy. Dostawki częściowe.
Doxtatter. Zrównoważenie zgryzu przy mostkach do zdejmowania.

Nr. 11.

Gillett, Irving. Wkładki złote sposobem pośrednim.
Cahn. Skutki zwyrodnienia miazgi.
Schwartz. Leczenie zachowawcze chorób jamy ustnej.
Pollia. Zasady roentgenografji szczęk i zębów.
Berger. Zasady i technika usuwania zębów.
Kennedy. Dostawki częściowe.

Nr. 12.

Gillett, Irving. Wkładki złote sposobem pośrednim.
Tishler. Leczenie ropnego zapalenia ozębnej.
Pollia. Zasady roetgenologji dentystycznej.
Berger. Zasady i technika usuwania zębów.
Schultz. Zakażenia jamy szczękowej.
Kennedy. Dostawki częściowe.

DENTAL ITEMS OF INTEREST. 50. 1928.

Nr. 1.

Gillett, Irving. Wkładki złote sposobem pośrednim.
Bödecker. Przenikanie próchnicy przez gładkie i zbruździone powierzchnie.
Pleasure. Stal nierdzewiejąca i podobne stopy.
Le Gro. Technika wkładek porcelanowych.
Hyatt. Katechizm profilaktyki.
Crane. Operacja wału podniebiennego (torus palatinus).
Cahn. Etjologja, patologja i leczenie „suchego zębodołu“.

Nr. 2.

Gillett, Irving. Wkładki złote sposobem pośrednim.
Munifikacja miazgi: dyskusja przez korespondencję. *Silver, Rhein, Buckley, Waas, Grove, Blayney, Rickert, Prinz.*
Le Gro. Technika wkładek porcelanowych.
Pollia. Zasady radiologji dentystycznej.
Seldin. Bezwodnik podazotawy i tlen w chirurgji dentystycznej.
Kuntz. Uproszczenie współczesnej eksodoncji.
Doxtatter. Technika mostków.

Nr. 3.

Gillett, Irving. Wkładki złote sposobem pośrednim.
Miller. Więcej kontaktów.
Le Gro. Technika wkładek porcelanowych.
Tavlin. Zakażenie Vincenta.
Proctor. Zmiany przedrakowe w jamie ustnej.
Doxtatter. Technika mostków.
Ante. Zasady mostków i koron.

Nr. 4.

Gillett, Irving. Wkładki złote sposobem pośrednim.
Le Gro. Technika wkładek porcelanowych.
Cahn. Patologja i jej wpływ na djagnostykę.
Quimby. Zgryz urazowy.
Freeman. Zakażenie Vincenta.
Doxtatter. Technika mostków.
Ante. Zasady koron i mostków.
Kennedy. Kostrukcja dostawek częściowych.

Nr. 5.

Gillett, Irving. Wkładki złote sposobem pośrednim.
Willet. Wkładki do trzonowców mlecznych.
Le Gro. Technika wkładek porcelanowych.
Pollia. Zasady radjologji zębów i szczęk.
Shoket. Znieczulanie bezwodnikiem podazotawym.
Doxtater. Zasady współczesnych mostków.
Kennedy. Dostawki częściowe.

Nr. 6.

Gillett, Irving. Wkładki złote sposobem pośrednim.
Le Gro. Technika wkładek porcelanowych.
Cahn. „Suchość zębodołu“.
Doxtatter. Zasady mostków.
Schuyler. Dostawki częściowe.

Nr. 7.

Gillett, Irving. Wkładki złote sposobem pośrednim.

Le Gro. Technika wkładek porcelanowych.

Pollia. Zasady roentgenologji zębów i szczęk.

Reiter. Znieczulanie miejscowe.

Doxtatter. Technika mostków.

Kennedy. Dostawki częściowe.

Nr. 8.

Volland. Zebranie American Dental Association w 1928.

Howe. Wpływ jaki może Ada wywrzeć przez odpowiednio prowadzone badania naukowe.

Johnson. Journal of the American Dental Association.

Banzhaf. Myśli byłego prezydenta.

Hidebrand. Potrzeba i organizacja funduszu pomocy dentystycznej.

Ottolenghi. Powstanie i przyszłość funduszu pomocy.

Gillett. Wkładki złote sposobem pośrednim.

Legroo. Technika wkładek porcelanowych.

Cahn. Przypadek stwardnienia miazgi w łączności z ogólnem stwardnieniem.

Doxtater. Technika nowoczesnych mostków.

Spring. Porcelanowe mostki do zdejmowania.

Nr. 9.

Gillett, Irving. Wkładki złote sposobem pośrednim.

Gargle. Leczenie dzieci.

Pollia. Zasady roentgenologji zębów i szczęk.

Buckley. Ważność ćwiczenia i masażu tworów jamy ustnej.

Doxtatter. Mostki częściowe.

Kennedy. Dostawki częściowe.

Nr. 10.

Gillett, Irving. Wkładki złote sposobem pośrednim.

Woodle. Leczenie zakażeń zębowych rozczynem amoniakalnym srebra.

Lyons. Leczenie dzieci.

Pollia. Zasady roentgenologji zębów i szczęk.

Willet. Ustalenie złamanych szczęk.

Doxtater. Zasady budowy mostków.

Kennedy. Dostawki częściowe.

Nr. 11.

Gillett, Irving. Wkładki złote sposobem pośrednim.

Booth. Zastosowanie „soricyny“ i mieszaniny amoniakalnego rozczynu srebra z formaliną.

Grove. Doskonałe wypełnienia korzeniowe sięgające aż do otworu szczytowego.

Pollia. Zasady roentgenologji szczęk i zębów.

Proctor. Badania naukowe w dentystyce w zastosowaniu do studjujących i do uniwersytetów.

Mc Mahon. Torbiele niezłośliwe szczęk.

Doxtater. Nowoczesne mostki i korony.

Nr. 12.

Gillett, Irving. Wkładki złote sposobem pośrednim.

Diamond. Rewizja terminologji w odniesieniu do budowy korony zębowej.

Pollia. Zasady roentgenologji zębów i szczęk.

Vedder. Mostki stałe.

Tuttle. Dyskusja na ten temat.

